Rok LII. Kraków, dnia 22. marca 1913. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**
Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

(Ciąg dalszy).

Wcieranie maści tuberkulinowej podług Moro odbywa się, jak wiadomo, w ciągu $^3/_4$– 1 minuty przy umiarkowanym ucisku na przestrzeni skórnej, nie większej niż 5 cm.

Niektórzy autorzy, jak Chybczyński, używali przy wcieraniu palca gumowego, »w celu ochrony własnej skóry«. Prawdopodobnie w tym samym celu wciera Wilczyński »tłoczkiem strzykawki lub końcem próbówki«. Jest to jednak zupełnie zbyteczne, gdyż u lekarzy po wcieraniach maści tuberkulinowej palcem nigdy nie spostrzegano odczynu, co objaśnia się tem, iż dłoniowa powierzchnia palca zupełnie jest pozbawiona mieszków włosowych (W. Eisner), oraz grubością naskórka w tem miejscu (Moro).

My ze swej strony nadmienić możemy, że pomimo wykonania przeszło 600 wcierań (wliczamy tu przypadki i poza chorymi zakładowymi) maści tuberkulinowej nieochronionym palcem, u żadnego z nas nigdy nie wystąpił miejscowy odczyn.

Naogół tedy technika próby Moro jest nadzwyczaj prosta; zgadzają się co do tego wszyscy badacze prócz jednego Wolff-Eisnera, który »nie przyłącza się do zachwalań odczynu Moro, gdyż inne metody tuberkulinowe są prostsze, mniej czasu zajmują i mniej są uciążliwe dla chorych [8]«.

Po wtarciu w skórę maści tuberkulinowej Moro, — w razie dodatniego odczynu występuje, jak wiadomo, na miejscu wcierania wysypka w postaci mniej lub więcej licznych czerwonych guzkowatych wykwitów.

Odczyn zjawia się podług Moro już w końcu pierwszej doby po wtarciu, czasami dopiero po 48 godzinach, bardzo rzadko później. W ciągu pierwszych 12 godzin rzadko występuje odczyn, o ile jednak tak wcześnie zjawiać się zaczyna wysypka, bywa ona później bardzo silną, zdaniem zaś Wolff-Eisnera daje rokowanie niepomyślne. Myśmy spostrzegali zwykle przy silniej wyrażonym odczynie już po 12 godzinach zaczerwienienie miejscowe, czasem ze swędzeniem, nieraz z lekką wysypką; ujemnego jednak znaczenia ten wczesny odczyn nie miewał wbrew twierdzeniu W. Eisnera. Najsilniejszy wykwit występował także według naszych spostrzeżeń zgodnie z innymi autorami po 48 godzinach. Spóźniony odczyn, spostrzegany przez Chlumskyego, Bullingera i innych, widywaliśmy kilka razy (po 3—4 dniach, a nawet po tygodniu), słuszne też jest zdanie Wetzla, iż obserwować chorego należy przez tydzień.

Co do siły odczynu, odróżnia Moro — jak wiadomo — trzy stopnie: słaby odczyn, gdy na miejscu wcierania zjawia się bardzo mało (od 1—10 mniej więcej) pojedynczych bladych lub zaczerwienionych guzków o obwodzie 1—3 mm., zawsze występujących bez swędzenia; średnio silny odczyn (mittelstarke Reaktion): na miejscu wtarcia występują bardzo liczne (50, 100 i więcej) guzki o obwodzie 1—3 mm., częściowo grupami i zlewające się; towarzyszy temu często lekkie swędzenie. Silny wreszcie odczyn, gdy na miejscu wtarcia, a najczęściej i naokoło, występują guzki liczne (50, 100 i więcej), wybitnie czerwone i z wysiękiem, o obwodzie nieraz 5—8 mm; swędzenie jest zawsze w tej postaci.

Podział ten w praktyce jest nieraz trudny do przeprowadzenia wobec przejściowych postaci, które sam Moro podaje (n. p. połączenie pierwszego i trzeciego stopnia, gdy wysypuje się kilka zaledwo wykwitów, lecz dużych i pęcherzykowatych, lub też przejście od pierwszego do drugiego stopnia, gdy na miejscu wtarcia występują liczne, ściśle ugrupowane obok siebie, bardzo drobne, nie przenoszące $^1/_2$ mm., w obwodzie czerwone guzki na bladej skórze [odczyn prosówkowy, miliare Reaktion]). Postacie takie, zwłaszcza pierwszą odmianę (przejściową pomiędzy I a III stopniem) i myśmy nieraz spostrzegali. Główna jednak trudność w podziale polega na niejasności, wprowadzonej przez samego Moro: niewiadomo mianowicie, do jakiego stopnia zalicza on odczyn, jeśli występuje kilkanaście lub kilkadziesiąt guzków (od 10—50) o zwykłem wejrzeniu bez pęcherzyków. Wobec tej niedokładności w opisie Moro, uważaliśmy za *pierwszy* stopień odczynu wystąpienie 1—50 guzków, ściśle na miejscu wcierania ułożonych, bez wysięku i bez swędzenia; za *drugi* stopień, jeśli ilość guzków była większa ponad 50 lub jeśli przy kilkunastu albo kilkudziesięciu guzkach zaczerwienienie lub wysypka były naokoło miejsca wtarcia i jeśli wysypce towarzyszyło swędzenie. *Trzeci* wreszcie stopień, jeśli wykwit był bardzo obfity, kilkadziesiąt i więcej guzków, przechodzących w pęcherzyki z surowiczą lub ropną treścią; wysypka przytem występu-

jąca i poza obrębem miejsca wtarcia i zawsze ze swędzeniem.

Kierując się takim podziałem, stwierdzić mogliśmy na swym materyale: pierwszy stopień 288 razy (około 50%), drugi stopień 71 razy (t. j. 12% od ogólnej ilości 579 wcierań); trzeci zaś tylko 22 razy (około 4%). W reszcie — 198 przypadków — odczyn wypadł ujemnie [9]).

Dane te zgadzają się w ogólnych zarysach ze spostrzeżeniami innych autorów: tak np. Kanitz otrzymywał »w większości przypadków« pierwszy stopień odczynu, »dość często« drugi, raz jeden trzeci. Bullinger widywał »przeważnie słaby odczyn«. W przypadkach Emmericha »przeważał słaby stopień odczynu, trzeciego stopnia nie było«, Chybczyński spostrzegał wyraźny odczyn w 46 przypadkach, »zwykle średni«.

Słaby odczyn — według Moro — trwa zwykle kilka dni zaledwo; średni trzyma się bez zmiany przez wiele dni i stopniowo blednie; po silnym odczynie pozostaje brunatna pigmentacya na miejscu wtarcia nawet po kilku tygodniach. Zdanie to — zwłaszcza co do silnego stopnia odczynu — podzielają i inni badacze (jak Monti, Kanitz). My ze swej strony również widywaliśmy ślady po silnym odczynie nieraz po kilku tygodniach.

Poza swędzeniem (w silniejszych stopniach odczynu) oraz paleniem miejscowem (Bullinger), chorzy nie doznają żadnych dolegliwości po wtarciu maści Moro.

Jak wynika z piśmiennictwa, ani sam Moro, ani żaden z autorów, zajmujących się jego metodą, nie mogli stwierdzić żadnych ogólnych objawów w postaci czy to niedomagania, czy wzniesienia ciepłoty. Jeden tylko Wetzell wypowiada przypuszczenie, że maleńkie wzniesienia ciepłoty mogłyby być po wcieraniu maści Moro, gdyż »bądź co bądź małe ilości tuberkuliny wprowadzane są do ustroju«, lecz »są one tak małe, że ogólnych objawów odczynowych zwykle zauważyć nie można«. Wetzell rozumuje tu na mocy analogii z innemi próbami tuberkulinowemi (oczna W. Eisnera, skórna Pirqueta), w których takie nieznaczne wzniesienia ciepłoty spostrzegali W Eisner, Lemaire, Burnet, Kraemer.

Korzystając z tego, że nasi chorzy sanatoryjni mierzą ciepłotę stale co 2 godziny, zwróciliśmy szczególną uwagę na zachowanie się ciepłoty przed i po wcieraniu maści Moro — i ostatecznie stwierdzić możemy zupełny brak wpływu maści na ciepłotę.

Jako uboczne działanie swej maści zaznacza Moro jedynie występowanie w bardzo rzadkich przypadkach zmian skórnych daleko od miejsca wtarcia. U dzieci spostrzegał on przy silnych stopniach odczynu wysypkę guzkową nietylko na miejscu wtarcia, lecz i w dalszych okolicach, np. na tułowiu i kończynach (disseminierte Fernreaktion der Haut). Jako drugą, rzadszą odmianę nietypowego odczynu podaje Moro symetryczną wysypkę na odpowiedniem miejscu skóry z drugiej strony wtarcia lub t. zw. »dislozierte Reaktion« (nieliczne guzki na miejscu wtarcia, lecz za to ograniczoną wysypkę na innem sąsiedniem miejscu skóry). Trzecią odmianę opisuje on w postaci półpaśca z guzków (halbseitige gürtelformige Mitreaktion der Haut). Wszystkich tych odmian jednak zaledwo pojedyncze przypadki spostrzegał Moro na swym licznym materyale Wreszcie w 5 przypadkach widział Moro po swej maści ogólną wysypkę: dwa razy był to wykwit, podobny do płoniczego, raz podobny do odry, raz o charakterze ogólnego znikającego rumienia, raz wreszcie w postaci rozlanej plamicy z rumieniem guzowatym.

Myśmy wśród całego naszego materyału raz jeden mieli uboczną wysypkę, która mogła zaniepokoić chorą. Dotyczyło to chorej 26-letniej z bardzo małemi zmianami w płucach. 13. II. 1911 wtarto jej wieczorem maść tuberkulinową w dołku podsercowym; w 2 godziny potem wystąpiło przelotne zaczerwienienie w dole brzucha; w 12 godzin w dole brzucha zaczerwienienie silne, na miejscu wtarcia kilka czerwonych guzków; po 24 godzinach w dołku kilkanaście pęcherzyków o bardzo zaczerwienionej podstawie; po 36 godzinach pęcherzyki czerwieńsze, zaczerwienienie w dole brzucha znika; po 48 godzinach występuje placek czerwony na zewnętrznej powierzchni prawego przedramienia; w dołku kilkadziesiąt paskiem idących, bardzo czerwonych pęcherzyków. Wysypka na ręku i w dole brzucha znikła po paru dniach, w dołku ślady pozostały jeszcze po paru tygodniach.

Próba więc tuberkulinowa Moro, jak nasze badania potwierdzają, żadnej szkody choremu przynieść nie może, co słusznie sformułowali Bandelier i Roepke w słowach: »(sie ist) absolut harmlos unter allen Fällen«. Zdanie to podzielają wszyscy badacze, którzy pracowali w tej dziedzinie.

W tej nieszkodliwości jest już wielka przewaga próby Moro nad innymi odczynami tuberkulinowymi, w szczególności nad ocznym odczynem W. Eisnera, po którym, jak wiadomo, występują nieraz ciężkie powikłania ze strony oka.

Powstaje jednak pytanie, czy próba Moro dorównuje pod względem klinicznym innym odczynom tuberkulinowym i jakie ma ona znaczenie dla rozpoznania i rokowania w gruźlicy.

Już na wstępie zaznaczyliśmy wątpliwości, podnoszone co do swoistości odczynów tuberkulinowych wogóle. Większość jednak autorów, pomimo badań Entza, Schicka, Hamburgera, Sorgo, stoi i obecnie na tem stanowisku, że dodatnie wyniki w odczynach tuberkulinowych przemawiają za zakażeniem gruźliczem danego ustroju (co Niemcy odróżniają przez dwa terminy: Tbc-Infektion i Tbc-Krankheit). Swoistość taka, w klinicznem znaczeniu tego wyrazu, właściwa jest próbie Moro.

Wspomniane w pierwszej części artykułu liczne dodatnie wyniki u osób »klinicznie niepodejrzanych« co do gruźlicy lub u chorych na inne cierpienia, jak plamica padaczka i t. d. świadczyłyby tylko o tem, że dane osoby miały ukryte zmiany gruźlicze, których zwykłymi sposobami klinicznymi wykazać się nie udało. I słusznem wydaje się zdanie Moro, iż »es geht nicht an, eine offenbar feinere diagnostische Probe mittelst gröberer Untersuchungsmethoden zu überprüfen« [10]).

Nasze osobiste badania nie mogą się przyczynić do ustalenia swoistości odczynu tuberkulinowego Moro, gdyż badaliśmy jedynie chorych na gruźlicę; natomiast

[9]) Zwracamy uwagę, iż chodzi tu o odsetkowy stosunek dodatnich wyników do całej ilości wcierań, który się różni od takiegoż stosunku do całej ilości chorych.

[10]) Beitrage z. Kl. d. Tbc. B. XII. 245.

właśnie na tym jednolitym materyale rozpatrzeć możemy, kiedy właściwie otrzymujemy w gruźlicy dodatni odczyn tuberkulinowy, a kiedy ujemny.

Na ogólną liczbę 500 zbadanych chorych 355, t. j. 71%, oddziaływało dodatnio, 145 zaś, t. j. 29%, ujemnie.

Jeśli teraz porównamy te dane z liczbami, otrzymanemi przez innych autorów u osób ze stwierdzoną gruźlicą, to mamy następujące wyniki: Lejeune otrzymał dodatni odczyn u 92% swych chorych (na 13 przypadków u dorosłych), Monti w 88% (u dzieci), Moro w 83% (u dzieci), Heinemann w 70% (dorośli), Wetzell w 64% u dorosłych i w 100% u dzieci (na 6 przypadków zaledwo), Bullinger w 64% (dorośli), Emmerich w 60% (dorośli), Chlumsky w 58% gruźlicy chirurgicznej, Bandelier i Roepke w 54% (u dorosłych), Kanitz w 49% (u dorosłych i dzieci).

Liczby te są bardzo różnolite i wahają się od 49 do 92%. Na ogólną zaś liczbę 433 przypadków pewnej gruźlicy, podanych przez tych autorów, w 289 t. j. w 67% był odczyn dodatni.

Ciekawe jednak jest, że najmniej dodatnich wyników otrzymali ci autorzy, którzy wcierali maść w przedramię (Kanitz, Bandelier i Roepke, poniekąd Chlumsky), co podnosi i sam Moro w swej późniejszej pracy [11]).

Drugi wniosek, wpadający w oczy na mocy powyższych liczb, jest ten, że u dzieci gruźliczych odsetek dodatnich wyników jest znacznie wyższy, niż u dorosłych.

Poddając bliższej analizie nasz materyał, rozpatrzymy, w jakim wieku i w jakim okresie choroby odczyn dodatni najczęściej występował.

Wśród naszych 500 chorych mieliśmy naogół 14 dzieci do lat 15, z nich u 12 wystąpił dodatni odczyn (86%); w wieku 15—20 lat na 74 osób oddziaływało dodatnio 53, t. j. 72%, w wieku 21—50 l. na 396 chorych dodatni odczyn otrzymaliśmy u 285, t. j. również w 72%; wreszcie u osób starszych ponad 50 lat z liczby 16 zaledwo u 5 odczyn był dodatni, t. j. w 33% I tu więc występuje zjawisko, już wyżej podkreślone, iż dzieci gruźlicze naogół oddziałują najsilniej na odczyn tuberkulinowy Moro, z wiekiem zaś odczyn dodatni coraz rzadziej występuje i wreszcie u osób podeszłych pomimo niewątpliwej gruźlicy dodatni odczyn zdarza się zaledwo w $^1/_3$ przypadków.

Wyniki te co do częstości oddziaływania na maść Moro nie różnią się zasadniczo od opisywanych przy stosowaniu odczynów Pirqueta i Wolff-Eisnera.

Sam Moro znajduje równoległość swej metody z odczynem skórnym Pirqueta zarówno w wynikach, jak i w przebiegu, uznaje jednak, że próba z maścią jest nieco mniej czuła od próby Pirqueta.

Pirquet dochodzi do wniosku, że przy wcieraniu maści tuberkulinowej można osiągnąć prawie tyleż dodatnich wyników, jak i w skórnym odczynie, a w każdym razie stawia ją wyżej od ocznej próby ze względu na nieszkodliwość.

Wolff-Eisner jest tego zdania, że próba Moro pod względem rozpoznawczym stoi pomiędzy skórną a oczną, t. j. w pewnej ilości przypadków, gdzie odczyn Pirqueta jest dodatni, odczyn Moro wypada ujemnie, i odwrotnie, gdzie próba z maścią daje dodatni wynik, tam próba oczna wypada ujemnie [12]).

Wetzell w swej wyczerpującej pracy przytacza zdanie, iż Wolff-Eisner, Pirquet, Petit, Sprakel, Krämer przy metodach skórnej i ocznej u osobników z pewną gruźlicą otrzymywali 80—90% dodatnich wyników (co przy 70% po zastosowaniu próby Moro świadczyłoby o mniejszej czułości tej metody). W innem jednak miejscu zaznacza Wetzell, iż odczyn Moro, zarówno jak i odczyn Pirqueta u dorosłych wypada prawie zawsze dodatnio, rozpoznawczo więc ta próba jest mało pożyteczna. Fakt, iż u 70% nie podejrzanych co do gruźlicy otrzymał on dodatni skutek po wcieraniu maści tuberkulinowej, objaśnia sobie Wetzell złem dawkowaniem tuberkuliny przy naskórnem stosowaniu: wessanie zależy tu od ucisku przy wcieraniu, który nie podlega kontroli; ważną rolę odgrywa tu grubość naskórka, ilość i wielkość porów, przez które maść może wejść do głębszych warstw, bogactwo soków w skórze. Pod względem tedy dokładności próba Moro niżej stoi od prób Pirqueta i Wolff-Eisnera. Wetzell sądzi, że koncentracya maści jest nieszczęśliwie dobrana i że należałoby ją może o połowę rozcieńczyć.

Większe znaczenie nadaje Wetzell dodatniemu odczynowi Moro w wieku dziecięcym, gdyż znalazł on u dzieci mniejszą liczbę dodatnich wyników (w 55%) i sądzi, że wskazują one prędzej na czynną sprawę.

Kanitz wreszcie, który sam przyznaje na początku swej pracy, że z góry uprzedzony był do prób tuberkulinowych wogóle, wyraża zdanie, iż odczyn Pirqueta jest za czuły (90% dodatnich wyników u dorosłych), odczyn Moro zaś jest mniej czuły. Badając porównawczo wszystkie trzy odczyny tuberkulinowe na 78 przypadkach pewnej gruźlicy znalazł Kanitz, iż próby Pirqueta i Wolff-Eisnera dały 7·5% ujemnych wyników, gdy odczyn Moro wypadł ujemnie aż w 64·1%. Wobec wielkiej ilości ujemnych wyników w stwierdzonej gruźlicy Kanitz nie uważa maści Moro za ściśle swoisty odczyn dla gruźlicy.

Z naszych autorów pesymistyczne zapatrywania na próbę z maścią tuberkulinową wypowiada H. Wilczyński w swej krótkiej notatce p. t.: »Odczyn gruźliczy Moro«. Opisuje on tu swe wrażenie, jakie otrzymał o wartości próby w rozpoznaniu i rokowaniu, a wrażenie to jest tego rodzaju, że »użyteczność odczynu jest bardzo wątpliwa«, gdyż nie jest on czułym i »jeśli próba tuberkulinowa ma wogóle oznaczać, że gdzieś lub kiedyś w ustroju była lub jest gruźlica, to próba Moro tej zasadzie wcale nie odpowiada«. Żadnych faktycznych danych na poparcie swego zapatrywania Wilczyński nie przytacza.

Zbierając w jedno zdania różnych autorów o znaczeniu rozpoznawczem dodatniego odczynu Moro, stwierdzić należy, że ogromna większość uważa go za swoisty dla gruźlicy i pożyteczny w rozpoznaniu, chociaż mniej czuły od innych prób tuberkulinowych.

(C. d. n.).

---

[11]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 251.

[12]) Berl. kl. Woch. 1908, Nr 30.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Ale właśnie tego rodzaju spostrzeżenia miały ogromne znaczenie dla rozwoju wiadomości o fizyologicznej roli przysadki mózgowej, dostarczając materyału do badania skutków częściowego jej braku i niesprawności, leżącej niewiele poniżej dozwolonej jeszcze granicy.

Paulesco, Cushing i szereg innych autorów, wśród nich i Aschner, który życiowej nieodzowności przysadki nie uznaje, podali, że u zwierząt, o ile zabieg przeżyły, rozwija się stan, przypominający pod wielu względami cherę tarczycową. Zwierzęta młode przestają rosnąć, stają się ociężałe, posępne, tkanka tłuszczowa narasta nadmiernie, narząd rodny nie rozwija się dalej, wtórne znamiona płciowe zacierają się zupełnie, o ile zaś w chwili zabiegu zwierzę pod tym względem było rozwinięte, nastaje cofanie się i zanik. Zupełnie słusznie mówić tu można o cherze przysadkowej.

Do ram tego obrazu przystaje bardzo dobrze postać choroby, opisana przez Froehlicha[99]) pod nazwą zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego — »dystrophia adiposogenitalis«. Według ogólnie prawie przyjętego zapatrywania jest ona następstwem daleko posuniętej niesprawności przysadki i jako taka stoi na tym samym poziomie pod względem ogólnie pojętej etyologii, co obrzęk śluzowaty, choroba Addisona i in. t. p. choroby, mające swe źródło w wygasaniu czynności wydzielniczej niektórych narządów.

Mielibyśmy w ten sposób postać choroby doświadczalnej u zwierząt i samorodnej u ludzi, obie oparte na temsamem tle, na tle niesprawności przysadki mózgowej. Wobec analogii z tarczycową cherą i z obrzękiem śluzowatym, powstać musi siłą rzeczy pytanie, czy ta analogia nie sięga także i w przeciwnym kierunku, czy nie ma jakiegoś stanu, któryby był wyrazem czynności przysadki ogromnie wzmożonej.

Odpowiedzieć na nie możemy twierdząco i wskazać na akromegalię, jako na tę postać chorobową, której źródła szukać trzeba w nadmiernej wytwórczości przysadki i pojmować ją jako następstwo przeładowania ustroju wydzieliną tego gruczołu. Obok hipertyreoidyzmu staje hiperpituitaryzm. Takie pojęcia miał o akromegalii już w r. 1894 Tamburini[100]), później podzielił je z nim Benda[101]), a w ostatnich czasach zyskało ono bardzo wielu zwolenników. Ze szczególnem powodzeniem udowadniał jego prawdziwość zwłaszcza B. Fischer[102]). Ważnych i istotnie bardzo rzeczowych dowodów dostarczyła tu wspólnie chirurgia i anatomia, względnie histologia patologiczna. Pierwsza, głównie przez Hochenegga, pokazała, iż przez usunięcie nadmiernie rozrosłego gruczołu można wyleczyć akromegalię; druga stwierdziła, że guzy przysadkowe w przypadkach czystej akromegalii są gruczolakami o tem samem utkaniu, co sam gruczoł. Za dowód, jak bardzo się rozpowszechniło zapatrywanie, wiążące akromegalię z przerostem przysadki, posłużyć może między innemi i ta okoliczność, że spotykamy się już z niem w najnowszych podręcznikach medycyny wewnętrznej, np. w podręczniku napisanym przez Kindborga[103]), a zasługującym, mówiąc nawiasem, na rzetelne uznanie.

Wraz z postawieniem w ten sposób sprawy etyologii wymienionych chorób, z których każda przebiega wśród objawów znacznych zaburzeń odżywczych, stanąć musiały na porządku dziennym badania, mające za cel dokładne poznanie wpływów, wywieranych przez przysadkę na cały szereg czynności wegetatywnych.

W pierwszym rzędzie zależeć musiało na określeniu zmian w zakresie przemiany materyi, powstających tak skutkiem niesprawności, jak i skutkiem nadmiernie wzmożonej czynności przysadki. Badania, zajmujące się tą sprawą, nie rozstrzygają jeszcze wszystkich zagadnień, ale w każdym razie wystarczają na to, aby można było wyrobić sobie o nich przynajmniej zasadniczy pogląd.

O ile chodzi o zawieszenie czynności gruczołu, to wyniki badań streścić można w ten sposób, że brak lub znaczna fizyologiczna niesprawność przysadki pociągają za sobą powszechne zmniejszanie się energii spalania materyałów odżywczych. Stany wytwórczości zwiększonej odznacza spotęgowanie, nadmierna żywość przemiany materyi.

U zwierząt, które przeżyły odcięcie gruczołu, spostrzegano stale mniejsze zużywanie tlenu i mniejsze wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego; współczynnik oddychania nie sięga u nich prawidłowej miary. Zewnętrznym wyrazem takiej otrętwiałości ustroju jest znaczne gromadzenie się tłuszczu. Ale niedostateczne spalanie nie odnosi się do samego tylko tłuszczu. Dotyczy ono w równej mierze także przemiany ciał białkowatych. Przerabianie ich jest niedostateczne, ustrój nawet przy względnie małych ilościach spożywanego białka zatrzymuje je jeszcze w pewnej ilości. Bilans azotu jest stale dodatni. Ta nadwyżka nie służy jednak do celów wytwórczych, do budowy organicznej, uważać ją raczej trzeba za martwy materyał i w ten sposób tłómaczyć ociężałość i bezsilność zwierząt. O takich następstwach hipopituitaryzmu mówią nam doświadczenia i rozbiory wszystkich badaczy, którzy się tą sprawą zajmowali [Aschner[104]), Benedict, Francis i Hommans[105]), Aschner i Porges[106])]. Przeważnie pochodzą one z najnowszych czasów i zostały wykonane zupełnie ścisłemi metodami. Aby dać miarę w liczbach o osłabieniu sprawy utleniania, wystarczy przytoczyć jedno z doświadczeń Aschnera i Porgesa, w którem ilość tlenu, zużywanego przez zwierzę w przeciągu minuty, wynosiła tylko 8·129 cm sześc. na 1000 cm powierzchni ciała. Najniższa spostrzegana liczba wynosiła u zwierzęcia prawidłowego 11·09 cm sześc. Nie dziwne wobec tego, że zwierzęta pozbawione przysadki okazują znacznie niższą ciepłotę ciała, aniżeli zwierzęta prawidłowe, że są przytem bardzo wrażliwe na chłód.

Wprost przeciwnie zachowuje się przemiana materyi u zwierząt, które przez dłuższy przeciąg czasu spożywały w ilości znaczniejszej przysadkę lub otrzymywały wstrzykiwania sporządzonych z niej wyciągów. Już samo chudnięcie zwierząt, poddanych tym doświadczeniom, stwierdzone przez

---

99) Froehlich. Wiener klin. Rundschau 1901. S. 883. Na uwagę ze względu na piśmiennictwo i obszerną kazuistykę zasługuje praca L. Picka o zwyrodnienia typu Froehlicha. Deutsche med. Wochenschr. 1911. S. 1930.

100) Tamburini. cyt. wedł. Biedla: Innere Sekretion. 1910. S. 306.

101) Benda. Ibidem.

102) B. Fischer. Hypophysis, Akromegalie u. Fettsucht. Wiesbaden 1910.

103) Kindborg. Theorie u. Praxis der inneren Medizin. Berlin 1912. T. II.

104) Aschner. l. c.

105) Benedict, Franzis, Hommans l. c.

106) Aschner i Porges. Zentrbl. f. d. ges. inn. Med. u. ihre Grenzgeb. 1912, I. S. 540.

Thompsona[107]), Cushinga[108]), Urechia[109]) i wyraźnie zaznaczone, wskazuje na większe zużywanie zasobów odżywczych i na przyspieszenie sprawy spalania wogóle. Cyfrowych danych pod tym względem nie posiadaliśmy do niedawna zupełnie. Dopiero w ostatnich czasach ukazała się praca Bernsteina i Falty[110]) z wiadomością o wpływie śródmięśniowych wstrzykiwań wyciągów z części nerwowej i gruczołowej przysadki; każdy rodzaj wyciągu wywiera inny skutek. Pod wpływem pierwszego z nich (pituitrinum infundibulare Parke & Davis) zwiększa się zużywanie tlenu i wydzielanie bezwodnika węglowego, a wraz z tem także wytwarzanie ciepła. Wyciągi z części gruczołowej działają wprost przeciwnie. Natomiast znajdujemy w sprawozdaniach, pochodzących z kilku ostatnich lat, zwłaszcza zaś w pracach, ogłoszonych przez Faltę[111]) i jego współpracowników oraz przez B. Fischera[112]), zupełnie ścisłe wyniki o przemianie białka. Udowadniają one liczbami, że przemiana ciał azotowych jest znacznie wzmożona. Rozpad białka zwiększa się w miarę trwania doświadczeń i utrzymuje się jeszcze czas pewien po zaprzestaniu karmienia przysadką lub wstrzykiwań jej wyciągów.

Wyniki badań przemiany materyi w akromegalii nie są jednakowe. W każdym razie spotykamy szereg prac, które mówią o większej energii spalania (M. Levy[113]). Przyczyna różnic zależeć może i prawdopodobnie nawet zależy od chwilowego stanu chorych, który w takiej przewlekłej chorobie niewątpliwie się zmienia. Przypuszczenie to jest tem bardziej uzasadnione, skoro wskazać tu można na analogiczne różnice, spotykane u chorych na chorobę Basedowa, zmiękknienie kości itd.

Już na podstawie tego, co nam mówią badania o wpływie przysadki na przemianę białka i na całokształt procesu spalania w ustroju, zaliczyćby ją należało do rzędu gruczołów, dostarczających w tym zakresie hormonów, które ustrój podniecają i postawić ją w tym samym szeregu, w którym stoją nadnercza i tarczyca, a tem samem oświadczyć się za ścisłym związkiem jej wydzieliny z wegetatywnym układem nerwowym. Związek ten uwydatnia się jeszcze dokładniej przez działanie wyciągów z przysadki na przemianę węglowodanów, na serce, na źrenicę, na naczynia krwionośne, oraz na resztę układu mięśni gładkich.

Już patologia akromegalii wskazuje, że między przysadką a gospodarstwem węglowodanowem zachodzi bliższy stosunek. Wcale liczne spostrzeżenia mówią, że w przebiegu tej choroby pojawia się nader często, a jak niektórzy autorowie [Borchardt[114]), Fischer[115])] utrzymują, zawsze, bądź stały, bądź też przemijający cukromocz. Nowsze badania wykazują nadto, że ustrój takich chorych nie posiada prawidłowej zdolności do przyswajania i spalania cukru, czego wyrazem jest łatwe powstawanie cukromoczu pokarmowego. Bardzo cenne uzupełnienia powyższych, klinicznych spostrzeżeń przyniosły doświadczenia Borchardta, wykonane na królikach i na psach. U królików występuje, według tych badań, po wstrzykiwaniach wyciągów z przysadki (pituitrinum infundibulare) w każdym przypadku cukromocz z wyraźną hipoglikemią. Psy nie oddziałują wprawdzie w ten sam sposób, ale zato stają się bardzo wrażliwe na działanie nadnerczyny. Po poprzednich wstrzykiwaniach pituitryny wywołują nawet bardzo małe dawki adrenaliny cukromocz nadnerczowy (Falta). Możnaby wobec tego mówić o podobnem naczulaniu przez hipofizynę, jakie niektórzy autorowie przyjmują dla przetworów tarczycy, a to tembardziej, skoro badania Aschnera[116]) pokazały, że zwierzęta, pozbawione przysadki, nie są dość wrażliwe na działanie nadnerczyny. Analogia między przysadką a tarczycą nie potrzebuje tu osobnego podnoszenia.

Jakkolwiek po wstrzykiwaniach pituitryny powstaje, przynajmniej u królików, zasadniczo to samo zjawisko cukromoczu, co po wstrzykiwaniach nadnerczyny, to jednak wydzielanie cukru w obu przypadkach nie jest zupełnie jednakowe. Już ilość wydzielanego cukru jest różna. Po wyciągach z przysadki pojawia się on raczej w dobrze tylko spostrzegalnych śladach, po nadnerczynie jest go znacznie więcej, przytem znajduje się zwykle w jednej tylko porcyi moczu, najczęściej dopiero po 2 godzinach. Na podniesienie zasługuje i ten jeszcze szczegół, że wstrzykiwania, powtarzane w niezbyt długich odstępach czasu, nie wywołują żadnego widocznego wpływu. Wnosićby z tego można, że ciała działające w obu wyciągach nie są identyczne. I za tem oświadcza się także na podstawie dokładniejszych badań chemicznych Allers[117]).

Nie przeszkadza to zresztą zupełnie, żeby samo powstawanie cukromoczu tak przysadkowego, jak i nadnerczowego tłómaczyć w jednakowy sposób, przyjmując żywsze, ponad miarę sięgające, uruchomienie węglowodanów, albo raczej, wyrażając się dokładnie, nadmiernie raźne przysposabianie cukru z glikogenu, złożonego, jako materyał zapasowy, w fizyologicznych składach, w pierwszej linii w wątrobie. Przypisujemy je niezwykłemu podnieceniu współczulnego układu nerwowego.

Trudniejby było rozstrzygnąć stanowczo pytanie o pochodzeniu rozszerzenia źrenicy przysadkowego u żab, opisanego przez Pola[118]), Borchardta, Allersa i in. Rozszerzenie źrenicy, które występuje po zwilżeniu wyłuszczonego oka wyciągiem z przysadki, może być tak następstwem bezpośredniego podrażnienia mięśnia rozszerzającego, jak i wynikiem podrażnienia włókienek współczulnych, zaopatrujących tenże mięsień. Trzecia możliwość, porażenia gałązek autonomicznych, mało jest prawdopodobna. Za pierwszem z tych przypuszczeń zdaje się przemawiać bezpośredni wpływ pituitryny na mięśnie gładkie naczyń krwionośnych.

O tem działaniu wspomnieliśmy już ogólnikowo na wstępie naszego sprawozdania o przysadce. Badania, zajmujące się jego poznaniem, rozpoczęli jeszcze w r. 1894 Oliver i Schäfer[119]) i pierwsi podali, że wyciągi przysadkowe, wstrzyknięte do żył, podnoszą znacznie parcie krwi. Wkrótce potem dodał do tego Hovell[120]) wiadomość o wyłącznej skuteczności w tym kierunku wyciągów, przyrządzonych z tylnej części gruczołu. Bardzo systematycznie zajął się nieco później sprawą stosunku przysadki do narządu krążenia Cyon[121]), wykonał cały szereg doświadczeń i na ich podstawie nietylko określił dokładniej wpływy wstrzykiwań wyciągów, ale stworzył osobną teoryę o fizyologicznej roli przysadki, uwzględniającą przedewszystkiem krążenie mózgowe. Ma ona polegać głównie na jego normowaniu i na utrzymywaniu we właściwej mierze parcia krwi w naczyniach mózgowych, i to przy ważnym współudziale rozgałęzionej sieci naczyń tarczycy. Teoryą tą bliżej zajmować się nie będziemy, krytyczny jej rozbiór, i to skreślony z dwóch przeciwnych stanowisk, znajduje się w pracach Biedla i B. Fischera.

107) Thompson. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. 148.
108) Cushing. l. c.
109) Urechio. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 148.
110) Bernstein i Falta. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1912. S. 536.
111) Falta. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1909. S. 138.
112) B. Fischer. l. c.
113) M. Levy. v. Noordens Handb. d. Pathol. d. Stoffw. II, 350.
114) Borchardt. Zeitschrift f. klin. Mediz. LXVI, 332.
115) B. Fischer. l. c.
116) Aschner. l. c.
117) Allers. Zentrblt f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 627.
118) Pol. Wiener klin. Wochenschrift. 1909. S. 137.
119) Oliver i Schäfer zob. L. Korczyński: Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Przegl. lek. 1901.
120) Hovell. Ibidem.
121) Cyon. Die Gefässdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Zentralnervensystems. Berlin 1910.

Równolegle z poznaniem wpływu hipofizyny na parcie krwi postępowały badania, zmierzające do poznania mechanizmu i miejsca działania wyciągów. Nie spuszczano przytem z oka analogicznego działania nadnerczyny.

Badania Pala [122]) wykazały przed paru laty, że wpływ wyciągów przysadkowych jest powszechniejszy, aniżeli nadnerczyny. Skurcz naczyń, od którego wzrost parcia w znacznej mierze zależy, powstaje w całej prawie sieci naczyniowej, tak w żyłach, jak w tętnicach, nie wyłączając naczyń serca. Jedynie tylko obwodowe części tętnic nerkowych nie zwężają się, lecz rozszerzają. Stoi to niewątpliwie w związku z opisaną najpierw przez Schäfera i Magnusa [123]) poliuryą, występującą po wstrzykiwaniach wyciągów przysadkowych do żył. Ale prawdopodobnie nie jest i to rozszerzenie bezpośrednią przyczyną samego zjawiska (Frank [124]). Raczej przyjąć trzeba działanie wyciągów na urządzenia wydzielnicze nerek, a rozszerzenie naczyń nerkowych uważać za następstwo tego podrażnienia.

Dalej jeszcze, aniżeli Pal, poszli w swych badaniach De Bonis i Suzanna [125]), posługując się skrawkami z żył i z tętnic. Z badań ich wynika, że pituitryna istotnie kurczy ściany naczyń i zwęża ich przekrój, ale że skurcz nie jest stały. Powstaje on okresowo i sprowadza wprost rytmiczne ruchy naczyń. Szczegół ten jest niewątpliwie bardzo ważny ze względu na samodzielną pracę naczyń, zwłaszcza tętnic, i na czynny ich współudział w utrzymywaniu stałego ruchu krwi. Zasadniczo godzą się także De Bonis i Suzanna z powszechnie przyjętem zapatrywaniem, że pituitryna działa wprost na mięśnie naczyń. Ale zamiast skorzystać ze zjawiska rytmicznych ruchów i tembardziej utrwalić to zapatrywanie, mówią o wpływie wyciągów także na zakończenia nerwów zwężających naczynia. Czynią to zapewne dlatego, aby módz tem silniej uwydatnić różnicę między działaniem adrenaliny i pituitryny. O pierwszej utrzymują, że ubezwładnia nerwy rozszerzające, a więc włókna, należące do układu autonomicznego. Nie będziemy się spierać o tłómaczenie. Chodzi nam przedewszystkiem o sam skutek działania i o miejsce działania. O ile pierwszy jest, z ograniczeniami, o których już wspomnieliśmy, jednakowy, o tyle miejsce jest niewątpliwie różne. Ale właśnie tę różną biologiczną chwytność uważać trzeba za objaw przyrodzonej celowości. W ten sposób tem łatwiej można pojąć i wytłómaczyć niewątpliwe współdziałanie nadnerczyny i pituitryny, o którem wspomina w doświadczalnej swej pracy Kepinow [126]). U zwierząt z podwiązanemi żyłami nadnerczowemi nie wywołują wstrzykiwania wyciągów z przysadki prawie żadnego skutku. Natomiast bardzo małe dawki adrenaliny i pituitryny, zosobna zupełnie nieczynne, wstrzyknięte razem, wywołują wyraźny wzrost parcia.

Działanie wyciągów przysadkowych nie kończy się jednak na wzniecaniu skurczu naczyń i podnoszeniu parcia krwi. Równocześnie nastaje zwolnienie ruchów serca, zwiększenie siły skurczów serca i znaczne skrzepienie tętna. Tętno przybiera przytem cechy właściwe podrażnieniu nerwu błędnego, takie same, o jakich mówiliśmy przy kreśleniu wpływu tyroidyny na krążenie. Wszystko to przypomina bardzo żywo zmiany, znane dobrze w klinice jako następstwo leczniczego działania naparstnicy. I przez samą już analogię skutków przyjąć trzeba, że hipofizyna działa podobnie, jak naparstnica na mięsień sercowy i na sercowe gałązki nerwu błędnego.

Mówiąc o działaniu wyciągów z przysadki na mięsień, nie rozstrzygamy przez to jeszcze bynajmniej, czy wpływ ich odnosi się wprost do włókien mięśniowych, czy też do splotów nerwowych w mięśniach. Z przeglądu piśmiennictwa wnosićby należało, że w grę wchodzą tu prawdopodobnie obydwa wpływy. Bardzo wyraźnie zaznaczają to zwłaszcza Salvioli i Carraro [127]). Doświadczenia Etienne'a i Parisota [128]), wykazujące, że u zwierząt, karmionych przez czas dłuższy przysadką, powstaje wyraźny przerost serca, posłużyćby mogły do uzasadnienia przypuszczenia, że w grę wchodzą tu także sprawy odżywcze. Jak je pojmować należy, o temby trudno było rozstrzygać dziś stanowczo. W myśl teoryi o bezwzględnej autonomii serca, t. j. teoryi czysto mięśniowej, należałoby je odnosić bezpośrednio do pęczków i włókien mięśniowych. Lepiejby się wszakże godziło z naszemi pojęciami wogóle, gdybyśmy przyjęli istnienie osobnych neurotroficznych urządzeń w sercu i do nich odnieśli działanie pituitryny. Stałe podniecenie tych zwojów zwiększać może biologiczną sprawność serca i prowadzić wreszcie do stałego przerostu mięśnia sercowego. Pojmując w taki sposób tę sprawę, zbliżalibyśmy się poniekąd do zapatrywania Kussmaula o odżywczych zwojach w mięśniu sercowym, złączonych pochodzeniem z układem wegetatywnym, które stanowiło punkt wyjścia dla polecania małych dawek naparstnicy przez długi przeciąg czasu w tym celu, aby sprowadzić lepsze odżywienie serca i podnieść jego sprawność. O dobrych wynikach tego rodzaju leczenia mogłem się niejednokrotnie przekonać na podstawie własnych spostrzeżeń.

Podobne pole w terapii zdaje się otwierać także przed pituitryną. Ze sprawozdań de Bonisa [129]) wynika, że wyciągi z przysadki działają skrzepiająco nawet na stłuszczony mięsień sercowy w doświadczeniach wykonywanych u żab. Renon i Delille [130]), Williams [131]) i inni zwłaszcza francuscy i angielscy lekarze oceniają korzystnie działanie pituitryny w przypadkach osłabienia serca w przebiegu chorób zakaźnych, Wrey [132]) chwali jej działanie we wstrząsie pooperacyjnym. Dalsze próby byłyby w każdym razie bardzo pożądane.

Podrażnieniu mięśniowych zakończeń nerwu błędnego, może połączeń nerwowo-mięśniowych, przypisać także trzeba zwolnienie ruchów serca, powstające po wstrzykiwaniach do żył wyciągów z przysadki. Wynika to bezsprzecznie z tych doświadczeń, w których, mimo przecięcia nerwów błędnych, zjawiało się zwolnienie zupełnie taksamo, jak przy nerwach nieuszkodzonych. Wielu zresztą badaczy, wśród nich tak poważny autor, jak Herring, spostrzegało identyczne działanie na sercu, wyjętem zupełnie z klatki piersiowej, a tem samem ogołoconem z wszelkich połączeń nerwowych.

Mimo tylu niezbitych dowodów, świadczących o obwodowem działaniu wyciągów przysadkowych, nie można pomijać i tych doświadczeń, które wynikami swoimi mówią o wpływie pituitryny na ośrodek nerwu błędnego. Jedną z takich prac jest rozprawa Studzińskiego [133]) z zakładu Popielskiego. I nie należy, mojem zdaniem, sprzeczności między zapatrywaniami nazbyt jaskrawo podnosić. Zależą one przypuszczalnie od ilości pituitryny, którą się rozmaici badacze posługiwali, a zapewne także od tego, w jakim wieku było zwierzę, z którego przysadka posłużyła do sporządzenia wyciągów. O truciznach wegetatywnych wiemy aż nadto dobrze z licznych doświadczeń farmakologii, że nawet wybitnie wybiórczo działające ciała,

[122]) Pal. Wiener klinische Wochenschrift 1909. S. 137.
[123]) Schöfer i Magnus. Biedl, Innere Sekretion. S. 299.
[124]) E. Frank. Berlin. klin. Wochenschrift 1912. S. 393.
[125]) Dr Bonis i Suzanna. Zentrblt. f. d. Physiologie 1909. T. XXIII. Z. 6.
[126]) Kepinow. Arch. f. d. exper. Pathol. u. Pharmak. 1912. T. 67. 247.
[127]) Salvioli i Carraro. Zentrblt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1907. S. 833.
[128]) Etienne i Parisot. Ibidem 1908. S. 229.
[129]) De Bonis. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1910. S. 215.
[130]) Renan i Delille. Deutsche med. Wochenschrift 1909. S. 957.
[131]) Williams. Zentrbl f. d. ges. Phys. d. Stoffw. 1911. S. 564.
[132]) Wrey. Deutsche med. Wochenschrift 1910. S. 91.
[133]) Studzinski. Przegląd lek. 1911. Nr 29 i nast.

wpływają, zależnie od dawki, nie jednakowo. To samo utrzymywać wolno niewątpliwie o fizyologicznych wegetatywnych hormonach. Przypuszczenie, że skład wyciągów zależy od wieku, może i od rodzaju zwierząt, z których gruczoł został użyty do sporządzenia wyciągów, opiera się zresztą także na wiadomościach o różnej wartości farmakodynamicznej przysadki zależnie od wieku. O zupełnie podobnych szczegółach wiemy z fizyologii tarczycy.

Ostatnie lata przyniosły nam dalsze szczegóły o wpływie hipofizyny na automatyczny układ mięśniowy. Blair Bell[134]), Frankl-Hochwart i Froehlich[135]), Beyer i Peter[136]), zajmowali się jej działaniem na ruchy jelit i znaleźli, że działa i w tym zakresie skrzepiająco. Po zwilżeniu odcinków jelita pituitryną zaznaczają się dwie fazy. W pierwszej, krótkotrwałej, nastaje zwolnienie ruchów, w drugiej, znacznie trwalszej, zjawia się przyspieszenie. Beyer i Peter przyjmują, że skutek doraźny zależy od podrażnienia włókien współczulnych, dopiero nieco później zaczyna działać podnieta autonomiczna i przyspiesza rytm ruchów. Na poparcie tego tłómaczenia przytaczają z jednej strony tę okoliczność, że w okresie działania pituitryny jelita okazują wzmożoną wrażliwość wobec pilokarpiny, z drugiej, że zapomocą atropiny można wpływ hipofizyny zobojętnić.

W związku z czynnością nerwu miednicowego (n. pelvicus), który, jak wiadomo, należy również do układu autonomicznego, stoją kurcze pęcherza moczowego, spostrzegane przez Frankl-Hochwarta i Fröhlicha u psów i u kotów, po wstrzykiwaniach pituitryny. Swiadczy o tem zwiększona, za wpływem wstrzykiwań, pobudliwość tego nerwu wobec prądu przerywanego.

O wiele trudniej rozstrzygnąć sprawę działania hipofizyny na mięsień macicy. A pojąć to łatwo, jeśli uwzględnimy, że wiadomości nasze o wegetatywnych podnietach w tym kierunku nie są dotychczas zupełnie ustalone. Wiemy, że na skurcze macicy wpływają trucizny autonomiczne, że wywołać je można również za pomocą nadnerczyny. Ruchy powstają tak po drażnieniu n. miednicowego, jak i podbrzusznego. Wszystko to sprawia, że stajemy wcale bezradni wobec zagadnień odnoszących się do kurczliwości macicy, a tem samem wobec pytania, gdzie szukać miejsca, na które działają wyciągi z przysadki. Najkorzystniej może będzie, jeśli się na razie zadowolnimy samem tylko stwierdzeniem zjawiska, a tłomaczenie odłożymy do czasu, kiedy się znajdą ściślejsze po temu podstawy. Nieznajomość mechanizmu działania nie przeszkadza zresztą bynajmniej do powszechnego dziś już niemal korzystania w położnictwie ze zdolności pituitryny do wywoływania skurczów macicy. Bardzo rychło po podaniu o niej wiadomości przez Frankl-Hochwarta i Froelicha zajęli się tą sprawą lekarze-położnicy, a piśmiennictwo, odnoszące się do niej, jest istotnie jak na krótki przeciąg czasu, który od tego ogłoszenia upłynął, bardzo obszerne.

Rzuciwszy okiem na to wszystko, co nam przyniosły badania nad przysadką, widzimy, że gruczoł ten posiada istotnie w samym sobie niemałe siły farmakodynamiczne, że posiadać musi temsamem i niemałe znaczenie dla spraw biologicznych. Wpływ jego przypuszczalnej wydzieliny jest istotnie bardzo wszechstronny. Przyznać jej trzeba temsamem poliwalencyę fizyologiczną, i to w wyższym jeszcze stopniu, aniżeli wydzielinie tarczycy. Pogodzić ją zresztą można i z wielorakiem utkaniem gruczołu. Niektórzy autorowie odwołują się nawet do niego, nie bez pewnych niewątpliwie podstaw. Frank, którego nazwisko łączy się z objaśnieniem moczówki prostej (diabetas insipidus), szuka w warstwie pośrodkowej przysadki (pars intermedia) drażnika swoistego dla nerki. Badania Hamburgera[137]) oraz Falty i Ivčoviča[138]), wykazujące, że wyciągi z części gruczołowej przysadki obniżają bardzo znacznie parcie krwi, uprawniają do przypuszczenia, że ta część dostarcza ciała działającego na układ nerwowy autonomiczny. Część nerwowa dostarcza mieszaniny, która wywiera skutek bardzo wieloraki, wpływa na czynności, zostające pod władzą tak współczulnego, jak i autonomicznego układu. I nic nie staje na przeszkodzie, aby dla powstawania tej mieszaniny przyjmować współudział wszystkich części gruczołu.

Streściwszy wpływ wyciągów przysadki na szereg zjawisk fizyologicznych, daliśmy obraz działania bezpośredniego i zaznaczyliśmy rolę bezpośrednią przysadki w ustroju. Poza tem wspomnieć trzeba i o roli pośredniej, o tem, co się dzieje, gdy w grę wejdą te wzajemne wpływy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, w których i przysadka bierze współudział. Stosunki wzajemności tak są tu rozległe, że dostarczają materyału do osobnego studyum. Na tem miejscu zadowolnić się musimy tylko bardzo krótką wzmianką o nich.

Nieco bliżej obchodzi nas stosunek przysadki do tarczycy i do układu chromochłonnego.

Jeszcze w r. 1888 spostrzegł Rogowicz[139]), przy sposobności swych badań nad gruczołem tarczowym, że u zwierząt, pozbawionych tarczycy, rozrasta się następnie bardzo znacznie przysadka. Spostrzeżenie to potwierdzono wielokrotnie w następnych latach. W ten sposób powstało pojęcie o bliższym związku między tarczycą i przysadką. Utrwaliło się ono jeszcze bardziej, gdy nowsze badania wykazały, że w przebiegu choroby Basedowa przysadka się zmniejsza (Benda)[140]), powiększa zaś u chorych na obrzęk śluzowaty (Auerbach)[141]) lub u wolowatych (Comte)[142]). Do tych klinicznych względnie anatomicznych spostrzeżeń, poczynionych na materyale ludzkim, dorzuciła dalsze szczegóły medycyna teoretyczna, wykazując, że przez stałe stosowanie hipofizyny u zwierząt wywołać można poważne zmiany w tarczycy, świadczące o zaniku tkanki gruczołowej. Dokładny opis tego rodzaju zmian podali L. Hallion i Alquier[143]).

O zachowaniu się tarczycy przy schorzeniach przysadki wiemy niewiele. Na podstawie prac z kliniki Hochenegga wspomina Biedl o jej przeroście po usunięciu przysadki w kilku przypadkach akromegalii. Oznaczałoby to zupełną wzajemność obu narządów i kazało myśleć o wzajemnem zastępczem działaniu. Zanik tarczycy po wstrzykiwaniach pituitryny pojmowaćby można albo jako następstwo przepracowania wywołanego ciągłem drażnieniem, albo jako wynik biologicznego zastoju w pracy, która jest zbyteczna wobec nadmiaru wydzieliny przysadki.

Spostrzeżenia Ascoliego i Legnaniego[144]) o zaniku tarczycy po odcięciu przysadki wymagają jeszcze potwierdzenia. Wspominamy o nich na tem miejscu bez wysnuwania jakichkolwiek wniosków.

Na układ chromochłonny działa hipofizyna niewątpliwie podniecająco. Wspominaliśmy już o obfitszym cukromoczu po równoczesnem zastosowaniu nadnerczyny i pituitryny, o złożonem działaniu na źrenicę i na parcie krwi. Dodamy do tego jeszcze spostrzeżenia o przeroście nadnerczy w akromegalii (B. Fischer), przysadki w chorobie Addisona (Münzer[145]) i wyniki badań wykonanych na zwierzętach, mówiące o przeroście nadnerczy po wstrzykiwa-

[134]) Blair Bell. Deutsche med. Wochenschrift 1909. S. 2329.

[135]) Frankl-Hochwart i Froehlich. Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. 1910 T. LXIII, 347.

[137]) Beyer i Peter. Ibidem. T. LXIV. S. 204.

[137]) Hamburger. Zentblt. f. d. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911 str. 564.

[138]) Falta i Ivčovič cyt. wedł. Biedla. Innere Sekretion, Str. 298.

[139]) Rogowicz zob. L. Korczyński l. c.

[140]) Benda cyt. wedł. B. Fischera.

[141]) Auerbach. Ibidem.

[142]) Comte. Ibidem.

[143]) Hallion i Alquier. Zentrbt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 str. 729.

[144]) Ascoli i Legnani. München. med. Wochenschrft. 1912 str. 518.

[145]) Münzer. Berl. klin. Wochschft 1910 str. 341.

niach pituitryny (Renan i Delille)[146]) lub po karmieniu zwierząt przez czas dłuższy przysadką (Hallion i Alquier)[147]), o ich zaniku po odcięciu przysadki (Ascoli i Lagnani)[148]), a będziemy mieć dostateczne podstawy, aby uzasadnić biologiczny związek tych narządów.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Grosser i Schaub. **Przyczynek do patologii choroby Bantiego** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 2). Autorzy skłaniają się do zdania, że pierwszym i właściwym objawem w chorobie Bantiego jest schorzenie śledziony, następowo dopiero rozwija się schorzenie wątroby. Potwierdza to obserwowany przez G. i S. przypadek kliniczny, gdzie rozpoznano chorobę Bantiego u 10-letniego chłopca. Śledziona była bardzo znacznie powiększona, we krwi zaś zmniejszona ilość ciałek czerwonych, a ciałka te miały różny kształt i słabe zabarwienie. Wątroba była niewyczuwalna, brak też było zastoju żylnego w obrębie żyły wrotnej. Przez kilka dni podawano pożywienie, ściśle bardzo kontrolowane pod względem jakościowym i ilościowym, a jednoczesne badania kału i moczu nie wykazały w nich obecności ani urobiliny, ani też trujących produktów rozpadu białka. Hs.

Prof. Hochhaus. **O durze brzusznym** (Med. Klinik 1912 Nr 47). Dzięki postępom higieny jest dur brzuszny w niektórych okolicach chorobą nader rzadką. Co do tego, że dur wywołują laseczniki Ebertha, nie ma wcale już teraz wątpliwości, ale do wybuchu choroby potrzeba i pewnej skłonności osobnika, widzimy bowiem, że osoby pielęgnujące chorego mogą być roznosicielami zarazka, który noszą w swoim ustroju i wydzielają, a niezawsze na dur zapadają. Lasecznik dostaje się do ustroju często z wodą do picia albo z mlekiem; rzadziej z innymi pokarmami, jak owocami, jarzynami, rybami i ostrygami. Owady i szczury mogą pośredniczyć w szerzeniu się duru. Za najniebezpieczniejsze źródło należy jednakże uważać osoby z otoczenia chorego i samych chorych; pierwsi roznoszą lasecznika, sami na dur nie zapadając, drudzy przebyli dur, wydzielają jednak laseczniki durowe ze stolcem i moczem często jeszcze przez lata całe, ba nawet dziesiątki lat; dlatego wydzieliny te przez długi czas po przebyciu duru powinny być odkażane. Lasecznik durowy, dostawszy się do dróg limfatycznych jelit, stąd drogą krwi dostaje się do wszystkich narządów ustroju, w szczególności do śledziony, szpiku kostnego, gruczołów krezkowych, dalej dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego, który nieraz lata całe gości w sobie laseczniki. Co do przebiegu, to czas trwania duru dzieli się na okres utajenia (od 8 dni do 3 tygodni), okres wznoszenia się ciepłoty, okres kulminacyjny ciepłoty i okres jej spadku (wszystkie te trzy okresy trwają od 4—8 tygodni, każdy z nich może uledz skróceniu, ale też i przedłużeniu znacznemu). Wielu autorów twierdzi, że przebieg duru jest obecnie lżejszy, niż dawniej, autor jednak przyznaje to tylko co do pewnych okolic, gdy natomiast w innych śmiertelność jest zawsze jeszcze wielka.

Początek choroby może być tak rozmaity, że ustalenie rozpoznania napotyka nieraz na poważne trudności. I tak przebiegać może dur pod postacią kliniczną zapalenia płuc lub nerek albo opon mózgowych; w innych przypadkach zaczyna się zajęciem gardła lub silnymi objawami stawowymi, podobnymi do gośćca; autor wspomina o przypadku, gdzie z powodu gwałtownych bólów w okolicy ślepej kiszki wykonano operacyę, a po wycięciu zdrowego zresztą wyrostka robaczkowego rozwinął się dopiero typowy dur brzuszny. (Podobny przypadek zdarzył się też w naszym szpitalu powszechnym w Stanisławowie, gdzie z powodu objawów zapalenia wyrostka robaczkowego podjęto operacyę, a potem dopiero spostrzeżono przebieg charakterystyczny dla duru brzusznego). Także zajęcie miedniczek nerkowych, a nawet zapalenie wysiękowe opłucnej może być początkiem duru brzusznego.

Co do powikłań, to ropienia następowe wywołane bywają zawsze przez laseczniki duru, natomiast zapalenie płuc i nerek bywa raczej wywołane przez dwoinki Fränkla. Jako rzadkość wspomina autor o posocznicy durowej, w której nie było żadnych objawów duru (zapalenie gardła, mierna gorączka, zapalenie kilku stawów), a gdzie we krwi wykazano typowe laseczniki durowe. U zwierząt jest ta właśnie forma duru najczęstszą.

Największe postępy w tej chorobie zrobiła dyagnostyka. Wykrycie laseczników we krwi przez hodowlę jest najpewniejszym środkiem rozpoznawczym; jest ono w początku choroby bardzo łatwe, natomiast od 4. tygodnia przebiegu duru wynik zwykle jest ujemny. Także w stolcu i w moczu znajduje się lasecznik durowy zwykle dość wcześnie, ale wykrycie jego napotyka na poważne trudności. Na drugiem miejscu stawia autor odczyn Gruber-Widala, który jednak w początkowym okresie rzadko występuje, natomiast jest ważny dla wykazania przebytego duru brzusznego, gdyż wypada dodatnio nawet w kilka lat po przebyciu duru. Dopiero po tych próbach laboratoryjnych idą kliniczne objawy rozpoznawcze: Obrzęk śledziony, osutka, zmniejszenie się ilości ciałek białych krwi, odczyn dwuazowy, wejrzenie języka, niestosunek tętna do gorączki. Autor kładzie wielką wagę na liczenie ciałek białych krwi, środek ciężkości w dyagnostyce leży jednak zdaniem autora w próbach podjętych w laboratoryum. W rozpoznaniu różniczkowem nie napotyka się teraz na takie trudności, jak dawniej, a wchodzi tu w grę zapalenie płuc środkowe, zapalenie opon mózgowych, gruźlica prosówkowa, posocznica, grypa, dalej paratyfus. Lasecznik paratyfusowy występuje często we krwi równocześnie z durowym. Co do zapobiegania, to obok znanych środków stosują w ostatnich latach z bardzo dobrym skutkiem Pfeiffer i Kolle wstrzykiwania surowicy uodporniającej, którą też autor zaleca.

Leczenie duru jest dziś zawsze jeszcze tylko czysto objawowem. Główną rolę gra zwalczanie gorączki kąpielami cieplejszemi u słabszych, zimniejszemi u silniejszych osób. Obok tego zawijania całego lub połowy ciała, zmywania częste. Obniżenie ciepłoty osiągnąć też można, okładając chorego kilkoma pęcherzami lodowymi. Ze środków wewnętrznych poleca autor pyramidon (co 2 godziny po 0·1 najwyżej 10 razy na dobę), także chininę w dawkach większych (1—2 gr.) jednorazowo. Przeciw biegunce stosowna dyeta (zupy owsiane), w cięższych formach tannigen, tannalbina, a przedewszystkiem uzara (3 razy po 20 kropel) także z dodatkiem makowca. Przy krwawieniach jelitowych zupełny spokój ciała i jelit przez ograniczenie pokarmów, przytem makowiec. Wewnętrzne środki mały mają wpływ; autor poleca zaś wstrzykiwanie żelatyny (Mercka 40 cm^3 na dawkę); w najnowszych czasach stosują z dobrym skutkiem wstrzykiwania osocza krwi (40 cm^3) w mięśnie pośladkowe. Mondschein.

Casali. **Odczyn Rivalty, zastosowany do badania plwociny; jego znaczenie rozpoznawcze** (Riforma medica Nr 30, 1912). W ostatnich czasach zaczęto uwzględniać przy badaniu plwociny w szerszym zakresie także jego stronę chemiczną, a mianowicie starano się nadać znacze-

---

[146]) Renan i Dalille. Zentrbt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 str. 783.
[147]) Hallion i Alquier l. c.
[148]) Ascoli i Lagnani l. c.

nie rozpoznawcze i prognostyczne obecności, względnie brakowi białka w plwocinie. Z ciał białkowatych znajdowano w plwocinie mucynę i nukleinę, pepton po przełomie zapalenia płuc, a niektórzy także w plwocinie ropnej. Bardzo liczne badania wykazały, że dodatni wynik t. zw. odczynu białkowego (albumino-reazione), czyli obecność białka w plwocinie zachodzi w zapaleniu płuc przed przełomem i podczas przełomu, w przebiegu gruźlicy płuc, niekiedy z wyjątkiem postaci włóknistych, wreszcie we wszystkich przypadkach, gdzie z jakiejkolwiek przyczyny występuje obrzęk płuc. Nadto znajdowano białko w plwocinie także w nieżycie oskrzeli, tak ostrym, jak przewlekłym. Również i C. miewał dodatni wynik w rozmaitych schorzeniach narządu oddechowego, gdzie nie było nawet śladu gruźlicy, a przeciwnie często nie znajdował białka tam, gdzie stwierdzenie prątków Kocha nie pozostawiało żadnej wątpliwości co do gruźliczej przyrody cierpienia. Tak więc odczyn ten nie ma prawie żadnego znaczenia rozpoznawczego, w żadnym zaś razie nie może się równać co do ważności z badaniem mikroskopowem. By więc uzyskać jakiś nowy szczegół rozpoznawczy dla gruźlicy, postanowił C. zastosować do badania plwocin najnowszą próbę Rivalty. Rivalta podał nowy sposób odróżniania wysięków od przesięków, polegający na strącaniu z badanego płynu zapomocą rozczynu kwasu octowego pewnej swoistej substancyi białkowej, która znajduje się także we krwi, w osoczu, w surowicy, limfie i w skąpej ilości w przesiękach; dlatego też odczyn ten, któremu Rivalta przypisuje wielkie znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne, otrzymał nazwę odczynu surowicy i krwi (siero- ed emoreazione). Polega on w najogólniejszych zarysach na ustaleniu ostatniego stopnia rozcieńczenia badanego płynu (rozcieńczanego stopniowo bardzo słabym rozczynem węglanu sodu), przy którem występuje jeszcze strąt w postaci lekkiego obłoczka przy wpuszczaniu badanej kropli do bardzo rozcieńczonego kwasu octowego. Ponieważ stopień tego ostatecznego rozcieńczenia ulega zmianom nietylko w rozmaitych chorobach, ale nawet w różnych okresach tego samego cierpienia, więc możnaby tej metodzie przypisać pewne znaczenie rozpoznawcze. C. badał plwocinę kilkudziesięciu chorych, cierpiących na rozmaite zmiany w zakresie narządu oddechowego, tak pierwotne, jak następowe. W każdym przypadku przeprowadzał badanie co do prątków Kocha, co do odczynu białkowego sposobem Gantza i Hertza i wreszcie wykonywał próbę octową Rivalty. Co do gruźlicy płuc stwierdził, że odczyn ten był zawsze dodatni, i to przy znacznie większych rozcieńczeniach, niż przy zmianach nieswoistych, a mianowicie ponad 1:10. Ponieważ wynik odczynu bywał dodatni nawet tam, gdzie badanie co do prątków K. było ujemne, a tylko dane kliniczne pozwoliły na rozpoznanie gruźlicy, przeto C. upatruje w tym sposobie nowy ważny sposób rozpoznawczy, zwłaszcza w przypadkach, gdzie zawodzi mikroskop w każdym zaś razie uważa ten sposób za daleko pewniejszy, niż odczyn białkowy; rozcieńczenie jednak badanego płynu musi być większe, niż 1:10. Co się tyczy natury ciała, strącanego przy tej próbie, to trzeba przyjąć za pewnik, że nie zależy ona od białka »in toto«, zawartego w plwocinie, gdyż w wielu przypadkach, gdzie odczyn białkowy był bardzo wybitny, próba octowa kończyła się już przy nieznacznem rozcieńczeniu i naodwrót. Nadto tam, gdzie próba białkowa była ujemna, odczyn Rivalty był dodatni, choćby tylko przy nieznacznem rozcieńczeniu. Ma to być substancya białkowa zawarta w różnych plwocinach w zmiennej ilości, niezależnej od ilości właściwego białka, a na którą według R. składa się englobulina, pseudoglobulina i w małej części fibrino-globulina. Ponieważ zaś substancye te pochodzą ze krwi, należy przypuścić, że dostają się one z naczyń do wydzieliny płucnej pod wpływem swoistego działania na ściany naczyń prątków Kocha, względnie ich toksyn, i to w znacznie większej ilości przy gruźlicy, niż przy zmianach nieswoistych. Dr T. T.

Drozdowicz. **Badania promieniami Roentgena gena jako metoda dyagnostyczna płuc** (Gaz. lek. Nr 2 1913). Klatka piersiowa, w skład której wchodzą części o bardzo różniącej się wadze cząsteczkowej, nadaje się bardzo do badań rentgenowskich, co ma wielkie znaczenie dla rozpoznawania tutaj spraw gruźliczych. Początkowe okresy gruźlicy szczytów płuc, nieraz bardzo trudne do stwierdzenia opukiwaniem i osłuchaniem, dają obrazy widoczne tak na kliszy, jak i na ekranie. Jeżeli jednak jedynym objawem jest nieżyt oskrzelików drobnych, bez zmniejszenia zawartości powietrza w szczytach, to znaczenie rozpoznawcze mają jedynie badania fizyczne i bakteryologiczne, rentgenogram zaś nie da żadnych wyników. Wielkie zato znaczenie ma on w rozpoznaniu gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych tak u dzieci, jak i u dorosłych; wyniki są ścisłe, uwidoczniają naciekłe, zserowaciałe, czy zwapniałe gruczoły. Poważne wyniki dają badania promieniami X. przy gruźlicy dalej posuniętej ze zmianami głęboko w płucach usadowionemi, niedostępnemi dla badań fizycznych. Hs.

Truszkowski. **Znaczenie odczynu Pirqueta dla rozpoznania gruźlicy** (Gaz. lek. Nr 3. 1913). Na zasadzie całego szeregu badań przychyla się T. do twierdzenia, że odczyn skórny nie może być rozstrzygającym dla rozpoznania gruźlicy, gdyż zawodzi często, i nadal główną rolę w rozpoznaniu muszą odgrywać objawy kliniczne. Wybitnie silny odczyn otrzymywał T. zawsze u ludzi z małemi zmianami gruźliczemi lub wogóle bez zmian gruźliczych, ale u których można było stwierdzić przebyte zołzy. Hs.

Stadler. **Leczenie dychawicy oskrzelowej** (Med. Klinik Nr 4. 1913). Autor wychodzi z założenia, że dychawica oskrzelowa jest przejawem t. zw. skazy wysiękowej i dotyczy przeważnie osób, obarczonych piętnem neuropatycznem. Leczenie tego cierpienia ma spełnić dwa zadania: 1) usunąć właściwy napad dychawicy; 2) zapobiegać ponownym napadom.

Podczas samego napadu radzi autor przedewszystkiem podskórne wstrzyknięcie adrenaliny lub innego przetworu nadnercza (w rozczynie 1:1000) w ilości $^1/_2$—1 strzykawki Pravaza. W przeważającej liczbie przypadków pomyślny skutek występuje już w przeciągu 5—10 minut. W rzadkich przypadkach, gdzie adrenalina zawodzi, trzeba się uciec do atropiny, stosując ten środek również podskórnie, i to w ilości 0·001 gr. Natomiast nie radzi St. stosować środków narkotycznych, lubo przyznaje, że tam, gdzie nawet adrenalina i atropina zawodzą, morfina nie zawiedzie. (Szkoła Eichhorsta pierwsze miejsce przyznaje morfinie. Przypisek spraw.).

Inne zupełnie leczenie powinno być stosowane w czasie wolnym od ostrych napadów. Tu na czoło wysuwają się metody fizyczne. U jednych dobrze działają kąpiele w gorącem powietrzu (suchem lub wilgotnem), u drugich kąpiele świetlno-elektryczne (zalecane przez Strümpla), u innych znowu rozmaite sposoby gimnastyki oddechowej. Również bardzo korzystnie wpływa zmiana klimatu, przyczem miejscowościom wysoko położonym (ponad 1200 m) należy oddać pierwszeństwo. W każdym przypadku dychawicy oskrzelowej należy szukać przyczyny, wywołującej napad bezpośrednio lub drogą odruchową. Pominąwszy przyczyny, tkwiące w odległych narządach, jako rzeczy od dawna znane, zwraca St. uwagę na początkową sprawę gruźliczą w szczytach płuc, która (wedle autora) w bardzo wielu przypadkach jest przyczyną, wywołującą napady dychawicy. Z przetworów leczniczych zaleca St. oprócz oddawna znanego i stosowanego jodku potasu, sole wapniowe, a mianowicie chlorek wapnia w wielkich dawkach.

Glassner.

Bergman. **Wrzód trawienny skurczowy.** (Münch. med. Wochs. Nr 4. 1913.). W rozpoznaniu różniczkowem między wrzodem a nerwicą żołądka uważano dotychczas objawy ogólnej nerwicy za dowód, przemawiający przeciwko

wrzodowi. Tymczasem B. twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że z małym wyjątkiem wszyscy prawie chorzy z rozpoznawanym wrzodem żołądka czy dwunastnicy okazują objawy ogólne zaburzeń narządu nerwowego trzewnego, t. j. nerwu współczulnego i nerwu błędnego, a więc: oczy lśniące, wysadzone, ręce i nogi zimne i wilgotne, drżenie, skłonność do kurczowego zaparcia stolca. W większości też przypadków stwierdził B. wzmożoną czynność gruczołów i mięśni żołądka, zwłaszcza w okolicy odźwiernika. Zaburzenia te wzmagają skłonność do skurczu mięśni ściany żołądka, co ze swej srony wywołuje zaciśnięcie naczyń doprowadzających i stąd miejscowe niedokrwienie. Uległa niedokrwieniu część błony śluzowej zostaje strawioną, a wynikiem tego są nadżerki i wrzód. Te zmiany w ścianie żołądka wywołują nowe skurcze, dlatego sprawa chorobowa zwykle jest uporczywa. Jako środek leczniczy B. poleca bardzo atropinę, łagodzi ona bowiem skurcze; jednocześnie należy stosować systematycznie dyetę. Hs.

Grober. **Samorodne ustąpienie choroby Basedowa.** (Münch. med. Woch. Nr 1. 1913). Zupełne ustąpienie choroby Basedowa należy do wielkich rzadkości. Częściej spotyka się taką jej formę, gdzie naprzemian przychodzą okresy to o słabszem, to o silniejszem nasileniu objawów chorobowych. G. obserwował chorą kliniczną, u której rozpoznano chorobę Basedowa, a w lat 6 wszystkie objawy tego schorzenia zupełnie znikły, pomimo, że chora ta nadal pozostawała w tych samych warunkach życia i otoczenia i żadnego leczenia nie przeprowadzała. Jednocześnie z ustępowaniem choroby Basedowa rozwijało się u tej chorej gruźlicze schorzenie płuc. Autor przypuszcza, że może wytwarzały się w ustroju ciała chemiczne, rodzaj albumoz, które zobojętniały wydzielinę schorzałego gruczołu tarczowego, ulegającego równocześnie zwyrodnieniu. Ht.

Schultz. **Technika i wyniki oznaczania krzepnięcia krwi.** (Münch. med. Woch. Nr 1. 1913). Doświadczenia, wykonane metodą Schultza, wykazały, że prawidłowo krew zaczyna krzepnąć w 9 minut, a przestaje w 13 minut po wypuszczeniu z naczynia. Różne choroby, jak przewlekła gruźlica, wole, cukrzyca, nie wykazują znaczniejszych różnic w czasie krzepnięcia, tylko w krwawiączce występuje znaczne opóźnienie, bo krew krzepnie tu dopiero po 30—55 minutach, w białaczce zaś na szczycie schorzenia występuje przyspieszenie krzepnięcia od 4—8 minut. Sztuczne wywołanie przyspieszenia krzepnięcia w krwawiączce przez dodawanie soli wapniowych, nukleinianu sodu lub kwasu cytrynowego zawodzi zupełnie, lepsze wyniki w tym kierunku dają wstrzykiwania żelatyny.

Hs.

Missiroli. **Wpływ roznosicieli zarazków na szerzenie się gorączki śródziemnomorskiej (febbre mediteranea).** (Riforma medica Nr 32. 1912). Wiadomo, że drobnoustrój maltański (micrococco melitense di Bruce) przenosi się za pośrednictwem przedewszystkiem mleka kóz dotkniętych tą chorobą, nadto zaś w sposób taki, jak inne choroby zakaźne, zwłaszcza dur brzuszny, a więc przez jarzyny, owoce, wodę i t. p.; chory wydala ten zarazek z moczem i stolcami. Dotychczas nie uwzględniano przy szerzeniu się tej choroby roli roznosicieli zarazków, którą trzeba uznać, gdyż nieraz nie można było przyjąć żadnego innego sposobu szerzenia się zarazy; przekonał się o tem M. podczas epidemii gorączki maltańskiej w Alghero, która nawiedziła także tamtejsze aresztą, a której mimo wszelkich środków zaradczych nie można było powstrzymać. M. przypuszczając tedy, że wchodzą tu w grę roznosiciele zarazków, przedsięwziął u wszystkich pozornie jeszcze zdrowych aresztantów ścisłą próbę aglutynacyjną, która w 4 przypadkach dała wynik wybitnie dodatni. Po natychmiastowem odosobnieniu tych osób, (które potem w przeciągu kilku do kilkunastu dni zapadły na typową posocznicę Brucea), udało się zupełnie stłumić zarazę. Tych roznosicieli zarazków w swoim przypadku zalicza M. do grupy, którą oznacza nazwą: portatori di germi precoci, t. j. osoby, noszące w swym ustroju swoiste jadowite zarazki, a zapadające na daną chorobę po upływie czasu, który jest dłuższy od zwykłego okresu wylęgania. Dr T. T.

Fehde. **Doświadczenia z kollargolem na podstawie 15-letniego stosowania.** (Med. Klinik. 1912. Nr 48). Kollargol stosować można trojako: śródżylnie, w lawatywach i wewnętrznie. Autor zaleca sposób pierwszy jako najpewniejszy i najszybciej działający, a dopiero gdy jest on niemożliwy, stosuje wtedy sposób drugi. Po śródżylnem wstrzyknięciu pojawia się często silne podniesienie ciepłoty z wymiotami, bólem głowy i przypadłościami jelitowemi, które jednak bardzo szybko ustępują stanowczemu polepszeniu się przebiegu właściwej choroby. Najczęściej stosują kollargol w gorączce połogowej, i to w cięższych stanach nawet trzy razy dziennie, zaczynając od dawek małych 0·05 i stopniowo podwyższając je do 0·15. Jedno jedyne wstrzyknięcie w ciężkim przypadku gorączki połogowej stanowczo pomódz nie może. Dalej stosują kollargol w różnych zakaźnych chorobach gorączkowych, jak dur brzuszny, zapalenie mieszkowe migdałków, wszystkie schorzenia gośćcowe (peliosis, erythema nodosum), a szczególnie w zapaleniu zastawek sercowych. Ale i zapobiegawczo powinno się stosować kollargol przy wszystkich zabiegach położniczych. Wewnętrznie stosuje autor kollargol wyrobu fabryki Dietrich Helfenberg i to we wszystkich chorobach zakaźnych jak odra, płonica, także w błonicy (obok tego surowicę). Autor doszedł do przekonania, że powikłania, jak zajęcie ucha środkowego, nerek i t. p., albo wcale się nie pojawiały, albo miały lekki bardzo przebieg. W postaci maści (unguent, Credé) autor wcale kollargolu nie stosował. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21. I. 1913.

Prof. N. Cybulski: **Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie.** Prelegent przedstawił zmiany zapatrywań na wzajemną zależność rozmaitych czynności w ustroju i określił tło i warunki, wśród których odbywają się zjawiska biologiczne. Rozwinął znaczenie czynników fizycznych i wykazał potrzebę znajomości sił elektromotorycznych ustroju. Przedstawił wyniki swoich badań w tym względzie nad mięśniami; tłomaczył powstawanie prądów spoczynkowych i czynnościowych i uzasadnił swe twierdzenia doświadczeniami na modelach. Z doświadczeń prelegenta wynika, że w ustroju naszym wciąż krążą prądy elektryczne, niekiedy o znacznem natężeniu, które nie mogą pozostać bez wpływu na sprawy osmozy i filtracyi, a więc na sprawy przemiany materyi. Badanie przeto elekryczności może służyć jako metoda, dążąca do scharakteryzowania dysymilacyi i syntezy w ustroju.

Posiedzenie kliniczne z dnia 28. I. 1913.

1) H. Altkaufer pokazał **rzadko spotykaną zawartość torbieli skórzastej** jajnika prawego, którą operował kilka tygodni temu w szpitalu. Podczas wyjmowania torbieli z jamy brzusznej, dzięki bardzo cienkiej powłoce torbieli zauważono, że przy poruszaniu guza zawartość jego dziwnie się mieni, przypominając połysk masy perłowej. Torbiel wyłuszczono w całości. Żadnych objawów skręcenia torbieli, której wielkość odpowiadała wielkości głowy człowieka dojrzałego, nie stwierdzono. Po nacięciu torbieli wylała się z niej niewielka ilość płynu ciemno brunatnego, niezbyt gęstego. Poza tem torbiel wypełniały setki kulek białawo-żółtawych. Te właśnie kulki mowca pokazuje. Są one wielkości wiśni, kształtu kulistego, miękkie. Wszystkie

są prawie jednakowej wielkości i jednakowego kształtu. Na kulkach, które uległy przepołowieniu lub też spłaszczeniu, widać wyraźnie budowę warstwową, spółśrodkową. Na tego rodzaju koagulacyę tłuszczu w torbielach skórzastych pierwszy zwrócił uwagę Rokitansky, który jest zdania że takie kuleczki powstawać mogą wskutek skręcenia torbieli. Tegoż zdania jest również Thorn. Gebhard sądzi, że tworzenie się kuleczek tłuszczowych, przypomina proces tworzenia się masła, do czego przyczyniają się ruchy, wykonywane przez chorą. Liczba kulek zależy od wielkości torbieli i konsystencyi tłuszczu. Wielkość ich bywa różną; najczęściej bywają bardzo małe, nie większe od ziarnka grochu. Strassman widział kulki wielkości jaja kurzego. Kuleczki w torbielach skórzastych stanowią wielką rzadkość. Gebhardt np. w 107 operowanych torbielach znalazł tego rodzaju koagulacyę tłuszczu 2 razy; Pfannenstiel widział je 3 razy. Okaz, przedstawiony przez Altkaufera, jest piątym z ogólnej liczby tego rodzaju preparatów, jakie przedstawiono w naszem Towarzystwie (Matlakowski, Karczewski, Jakimiak, Neugebauer, preparat z klin. Prof. Rosnera w Krakowie, operowany przez Schlanka).

2) B. Dębiński: **Wartość kliniczna i wskazania do stosowania tuberkuliny.** Co się tyczy przedewszystkiem kryteryum tuberkulinoterapii, to prelegent jest tego zdania, że metoda opsoniczna, jako zbyt uciążliwa i niezbyt ścisła, nie daje poważniejszych wskazań do kontroli nad leczeniem tuberkuliną; takiego samego zdania jest co do innych metod, jak aglutynacya, metoda odchylania dopełniacza, Arnetha i i. Wyższą ponad wszystkie jest ocena kliniczna; badanie dokładne stanu ogólnego, ciepłoty, tętna, objawów fizycznych. Następnie opisał D. 42 przypadki gruźlicy płuc i innych narządów, leczone tuberkuliną. W 10 przypadkach stosował D. tuberkulinę Jacoba, w 23 Denysa, w 7 szczepionkę Czajkowskiego i w 2 tuberkulinę TR. Na 36 przypadków gruźlicy płuc otrzymał prelegent poprawę w 9 przypadkach, stan pozostał bez zmiany w 16, pogorszenie nastąpiło w 8 przyp., zmarło 3 chorych. Z 3 przypadków gruźlicy oka w 2 nastąpiła poprawa, w 1 stan pozostał bez zmiany. W 2 przyp. gruźlicy gruczołów i w 1 przypadku gruźlicy języka widział D. poprawę. Wogóle najlepsze wyniki otrzymał D. w przypadkach gruźlicy miejscowej. W gruźlicy płuc wyniki zadowalniające dają jedynie przypadki w I i II okresie ze stanem podgorączkowym; w gruźlicy rozpadowej z gorączką wysoką, z powikłaniami, tuberkulina jest przeciwwskazana. Wskazań do stosowania tej lub innej tuberkuliny niema. Co do dawek, to należy postępować podług metody Goetscha: zaczynać od dawek minimalnych i powiększać je stopniowo w ten sposób, żeby unikać wszelkich odczynów. Swoistość tuberkuliny nie jest jeszcze ściśle dowiedziona. Ani teorye Wassermanna, Brucka Wolff-Eisnera, ani inne, nie są naukowo zadowalniające. Niektórzy badacze przypuszczają, że tuberkulina jest środkiem funkcyonalnym, uczulającym ustrój na toksyny gruźlicze i podniecającym jego sprawność obronną (Rénon). Inni znowu, jak Sahli, sądzą, że tuberkulina działa na wzór naparstnicy, która pobudza siłę skurczową mięśnia sercowego, ale nie może zmienić schorzeń serca.

W dyskusyi A. Sokołowski zgadza się z prelegentem, iż obecnie jedynem kryteryum działania tuberkuliny jest spostrzeganie kliniczne. Zaznacza, że od chwili wprowadzenia tuberkuliny do lecznictwa stosował tuberkuliny najrozmaitszych gatunków, wierzył bowiem, iż tuberkulina musi być pod pewnym względem środkim swoistym, iż stosowanie jej wywoływać powinno uodpornienie, iż niepowodzenia zależą jedynie od nieodpowiedniego składu przetworu. Na mocy swego doświadczenia dochodzi S. do przekonania, że dotychczasowe przetwory tuberkulinowe nie dały wyniku takiego, po którym możnaby powiedzieć, iż tuberkulina działa w gruźlicy płuc istotnie swoiście i dodatnio. Wyniki bowiem dodatnie otrzymano przeważnie u chorych niegorączkujących, ze zmianami ograniczonemi, a więc u takich, u których leczenie higieniczno-dyetetyczne sanatoryjne, a nawet tylko objawowe, daje również w ogromnej większości przypadków wynik pomyślny. W ostatnich kilku latach, kiedy zaczęto na nowo stosować tuberkulinę w sanatoryach ludowych Ameryki Północnej i Anglii, starano się, podobnie jak w Niemczech, zestawić na wielkiej liczbie przypadków wyniki leczenia chorych sanatoryjnych, poddanych z jednej strony wyłącznie leczeniu sanatoryjnemu, a z drugiej leczeniu skombinowanemu z użyciem tuberkuliny. Okazuje się, że różnice procentowe na korzyść leczenia skombinowanego są tak małe, iż na ich podstawie nie można sądzić o skuteczności tuberkuliny; przytem wiadomo z kliniki, jak bardzo indywidualnie przebiegają suchoty u rozmaitych osobników. Dlatego też autorzy francuzcy uważają tuberkulinę jedynie za środek pomocniczy w leczeniu higieniczno-dyetetycznem poczynającej się gruźlicy płuc, i zapewne środek jako taki może być stosowany w dawkach minimalnych, nie wywołujących szkodliwego odczynu. Jeśli jednak zapatrywać się na tuberkulinę jako na środek swoisty, to lek ten powinien działać i w postaciach gorączkowych, a spadek ciepłoty dowodziłby istotnej skuteczności środka. Tymczasem wiadomo, że w tych właśnie postaciach suchot tuberkulina jest przeciwwskazana. Pomimo to S. uważa, że nie należy wogóle zwątpić o skuteczności tuberkuliny w leczeniu gruźlicy; fakty wyleczenia gruźlicy miejscowej dowodzą, że lek ten jest istotnie swoistym i pożytecznym, i że jedynie w gruźlicy płucnej, sprawie bardzo złożonej anatomicznie i etyologicznie, tuberkuliny o danym składzie nie mogą wywołać odpowiedniego i stałego uodpornienia. Rozstrzygnięcie tej sprawy należy do zadań przyszłości.

Karwacki zwraca uwagę, że mówiąc o wskazaniach do stosowania leku, należy przedstawić koniecznie działanie jego farmakodynamiczne. Aczkolwiek tuberkulina istnieje oddawna, własności jej farmakodynamiczne wcale nie są dokładnie wyjaśnione. Ponieważ tuberkulina należy do lekówszczepionek, prelegent powinien był wskazać, w jakim stosunku stoją używane przez niego tuberkuliny do naturalnych jadów gruźliczych, oraz do odporności przeciwko gruźlicy. Prelegent wspomniał pokrótce o podnoszeniu się ciepłoty po wstrzyknięciu tuberkuliny i odczynie zapalnym w ogniskach. K. sądzi, że tym oddziaływaniom tuberkulina nie zawdzięcza swego stosowania, gdyż każdy lekarz, stosujący ją, stara się tak dawkować wstrzykiwania, by właśnie nie występował żaden z tych odczynów. Być może za tem, że tuberkulina działa tak, jak inne szczepionki: wąglikowa, gronkowcowa, gonokokowa. I ta analogia jednak nie da się utrzymać, gdyż wymienione szczepionki, stosowane u zdrowych, zabezpieczają ustrój od zaburzeń odnośnych, wstrzykiwanie zaś tuberkuliny bynajmniej nie zabezpiecza zdrowego osobnika od zakażenia gruźlicą. Pozostaje więc przypuszczenie, że tuberkulina działa tylko wtedy, gdy już w ustroju zaczął się samoistny proces obronny i że proces ten pod wpływem wstrzykiwań się wzmaga. Sprawa związku tuberkuliny z naturalnym jadem gruźliczym jest również bardzo ciemna, gdyż zagadnienie jadu gruźliczego jest niesłychanie skomplikowane. Wykazano, że jad gruźliczy zawiera kilka składników, które pod względem działania klinicznego, a zwłaszcza biologicznego, różnią się dość znacznie. Są to 1) ciała natury białkowej, przechodzące w roztwory wodne, peptonowe, słabych kwasów organicznych i słabych zasad, 2) nierozpuszczalne białko komórki bakteryjnej gruźliczej, 3) tłuszcze obojętne i 4) kwasy tłuszczowe o charakterze lipoidów. Zarówno sposób przyrządzania tuberkuliny różnego typu z hodowli bulionowych, jak i odczyny biologiczne wskazują, że wszystkie tuberkuliny, przyrządzane mniej lub więcej na modłę starej Kochowskiej, są niezmiernie pokrewne, jeśli nie identyczne, z pierwszą grupą jadów gruźliczych, innych zaś składników toksycznych albo wcale nie zawierają, albo też tylko w ilościach nie uwydatniających się klinicznie, ani biologicznie. Widać już stąd, że tuberkuliny bulionowe, jako pewien rodzaj szczepionki przeciwgruźliczej, nie odpowiadają zgoła postulatom szczepio-

nek, gdyż zawierają jedynie pewne dowolnie wybrane składniki jadu gruźliczego, a pod względem czynności chorobotwórczej drugorzędne. Szereg tuberkulin, które się zjawiły po pierwszej, dowodzi, że i sam Koch nie uważał sprawy za rozstrzygniętą i dążył do udoskonalenia materyału szczepionki. Jeśli mimo to typ tuberkulin bulionowych cieszy się największem rozpowszechnieniem, to dzieje się to za sprawą, niemającą nic wspólnego z uzasadnieniem teoretycznem, ani doświadczeniem na zwierzętach. Tuberkulina, zawierająca wszystkie czynne części składowe laseczników gruźliczych, czeka jeszcze na tego, kto ją przygotuje. Pomimo to K. sądzi, że nie należy lekceważyć tych częściowych korzyści, jakie w pewnych warunkach i zapomocą dzisiejszych przetworów osiągnąć można. K. nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, że metody biologiczne zawodzą w kontrolowaniu wyników leczenia. Rok ostatni przyniósł nam wiele danych biologicznych, wyjaśniających rodzaj odporności gruźliczej i pozwalający oprzeć stosowanie tej lub innej szczepionki na pewnych podstawach, zaczerpniętych wprost z oddziaływania chorego ustroju. Rozkład jadu gruźliczego na części składowe wywołał poszukiwanie w chorym ustroju niweczników swoistych dla każdej grupy. Okazało się, że te niweczniki cząsteczkowe istotnie istnieją i że skład ich u różnych osobników i w różnych okresach choroby jest niejednakowy. Na niekorzyść tuberkuliny zaznaczyć należy, że niweczniki dla niej spotyka się zaledwie u 5—6% chorych, nieleczonych tuberkuliną gdy natomiast niweczniki dla innych grup jadu mogą być stwierdzone u 92% wszystkich suchotników. Prace te pochodzą ze szkoły Calmettea. Wreszcie inne prace z tego samego źródła, traktujące o wpływie tuberkuliny na przyrost niweczników u gruźliczych, wykazują, że i pod tym względem tuberkulina pozostaje w tyle poza innemi szczepionkami.

Gantz odniósł wrażenie z odczytu, że prelegent zaleca stosowanie tuberkuliny co więcej, że zaleca je nawet w praktyce ambulatoryjnej. G. w ciągu ostatnich lat pięciu na oddziale Janowskiego wypróbowuje najrozmaitsze środki przeciwgruźlicze, a więc i tuberkuliny. Przez cały ten czas nie widział ani razu wyniku dodatniego w przypadkach gruźlicy krtani. W gruźlicy płuc może istotnie kilka razy spostrzegał szybsze występowanie rozrostu tkanki łącznej, lecz i te przypadki wkrótce zakończyły się śmiercią. Sposób stosowania tuberkuliny nie jest jeszcze obecnie ujednostajniony; wprawdzie wszyscy zaczynają od dawek bardzo małych, lecz jedni starają się dojść do dawek możliwie dużych, znoszonych bez jakiegokolwiek odczynu, inni zaś nigdy nie przekraczają dawek małych. Trzeba pamiętać o tem, że stwierdzone po raz pierwszy przez Löwensteina i Pickarta we krwi leczonych tuberkuliną antytuberkuliny nie są bynajmniej identyczne z ciałami przeciwgruźliczemi, że, jak dowiedli Much i Deycke, istnieje szereg toksyn gruźliczych i wreszcie, że można przyzwyczaić ustrój gruźliczy do bezkarnego znoszenia nawet bardzo dużych dawek tuberkuliny, mimo, że sprawa chorobowa wcale się nie poprawia. G. stosuje od pewnego czasu minimalne dawki zawiesiny i laseczników, preparat, który może najbardziej zbliża się do rodzaju szczepionek, — jedynie w celu przekonania się o wpływie tego rodzaju stosowania tuberkuliny na gorączkę w przypadkach cięższych. Wprawdzie i tu niema pewnego kryteryum co do »post hoc — ergo propter hoc«, a materyał jest jeszcze zbyt mały, by napewno można było sądzić o wartości metody, lecz w kilku przypadkach ciepłota, która mimo kilkotygodniowego leżenia i innych środków nie opadała, pod wpływem małych dawek BE. opadła do poziomu prawidłowego. Jeżeli więc sprawa stosowania tuberkuliny jest jeszcze daleka od rozwiązania, jeżeli z drugiej strony, jak sam prelegent przyznaje, ma to być leczenie, dążące do uodpornienia czynnego, jakżeż tedy można zalecać leczenie ambulatoryjne? Jedynie w zakładach zamkniętych pod stałą obserwacyą lekarską można, zdaniem G., próbować stosować tuberkulinę.

Edward Brunner zaznacza, że wyleczenia tocznia zapomocą tuberkuliny nie osiągamy, poprawę obserwujemy często, a w większości przypadków możemy się w leczeniu tocznia obejść bez tuberkuliny. W przypadkach gruźlicy narządów moczowo-płciowych (sterczu, pęcherza, najądrza, nerek), B. zauważył u wszystkich swych chorych, leczonych tuberkuliną, znaczną poprawę stanu ogólnego oraz przyrost na wadze; mocz oczyszczał się, nacieki w najądrzu zmniejszały się, owrzodzenie gruźlicze na błonie śluzowej pęcherza prawie zupełnie się zagoiło. Zupełnego wyleczenia nie spostrzegał. Wstrzykiwał starą tuberkulinę, działań ubocznych nie spostrzegał.

Rappaport jest zwolennikiem ambulatoryjnego stosowania tuberkuliny.

K. Szokalski zaznacza, że w odczycie nie wyjaśniono dostatecznie, na czem polega dodatnie działanie tuberkuliny na ustrój gruźliczy. Należałoby zwrócić uwagę na II. okres gruźlicy, poprawa bowiem w I. okresie nie daje nam dokładnych danych o działaniu tuberkuliny. Autorzy powinni w swych pracach przytaczać krzywe ciepłoty, wagę, rentgenogramy. Należałoby wypróbować w leczeniu gruźlicy chemoterapię Ehrlicha. S. proponuje wprowadzać do ustroju wraz z tuberkuliną, która utrwala się w ognisku gruźliczem, ciała bakteryobójcze, np. kreozot; w ten sposób możnaby uniknąć odczynu gorączkowego.

Pawiński zaznacza, iż w »Pamiętniku Tow. lek. war.« z r. 1891 znajduje się sprawozdanie prof. Baranowskiego, dotyczące prób z tuberkuliną, z którego okazuje się, że obecnie po 22 latach niema postępu w leczeniu tuberkuliną.

A. Sokołowski przypomina, że już przed 22 laty zachowywał się sceptycznie w sprawie leczenia tuberkuliną i wspomina o przypadku gruźlicy wargi dolnej, w którym stosował małe dawki tuberkuliny, a sprawa gruźlicza rozwijała się w dalszym ciągu.

Pawiński przypomina o odnośnych badaniach Brodowskiego; 3 przypadki zakończyły się śmiercią.

Dębiński w odpowiedzi zaznacza, że słusznie zwrócił uwagę Karwacki na stronę farmakodynamiczną tuberkuliny, ale w odczycie, poświęconym innemu tematowi, prelegent nie mógł szerzej omówić tej sprawy. Nie zgadza się z Gantzem co do niebezpieczeństwa ambulatoryjnego stosowania tuberkuliny, o ile się ją wstrzykuje w dawkach minimalnych i nie dochodzi do dużych dawek. Szokalskiemu odpowiada, że widział chorych, którzy gorączkowali, pomimo paromiesięcznego pobytu w sanatoryum, a u których ciepłota obniżyła się dopiero po zastosowaniu tuberkuliny.

Tadeusz Borzęcki.

W sprawie szpitala św. Łazarza w Krakowie

napisał

Stanisław Ciechanowski.

(Dokończenie).

Przy sposobności, skoro już mowa o organizacyi służby lekarskiej w szpitalu krakowskim, chciałbym zwrócić uwagę na jedną jeszcze w tym względzie potrzebną, jak mi się zdaje, reformę, obchodzącą głównie oddziały wewnętrzne. Chodzi o sposób przyjmowania chorych. Obecnie przyjmuje ich na oddziały wewnętrzne lekarz dyżurny w izbie przyjęć. Wskutek tego zostają niekiedy przyjęci chorzy, którzy tworzą dla oddziału balast, bądź dlatego, że niekoniecznie potrzebują leczenia szpitalnego i z równym skutkiem mogliby być leczeni ambulatoryjnie, bądź dlatego, że po bliższem zbadaniu okazuje się ich stan nieuleczalnym i nie rokującym w szpitalu poprawy; chorych takich musi potem prymaryusz na zasadzie dokładniejszego badania nazajutrz ze szpitala usuwać. Jednodniowy lub dwudniowy pobyt takich chorych stwarza jednakże na oddziale nieraz nadmierne przepełnienie, a w administracyi szpitalnej przyczynia mnóstwo niepotrzebnej pracy i pisaniny. Tego wszystkiego możnaby uniknąć, gdyby decyzya co do przyjęcia chorego na oddział we-

wnętrzny zależała od prymaryusza, jak to już się praktykuje z korzyścią na kilku innych oddziałach w Krakowie.

Przechodzę do innego działu, którego rekonstrukcya została już do Sejmu wniesiona, a który już dlatego nader pilno potrzebuje reformy, że wszystkie oddziały szpitalne na równi obchodzi i na czynność ich bardzo wpływa. Mowa o pralni i kuchni. Stosunki obecne są wprost nieznośne i już przed paru laty przytaczałem ze sprawozdań Inspektora szpitali rażący ich obraz. Kuchnia jest tak mała, że właściwie wystarczałaby tylko na połowę tego zadania, które musi spełniać: w jednych i tych samych kotłach trzeba gotować po 2 i 3 razy do tego samego posiłku (2100 litrów, gdy jest miejsce na 830), a więc naprzód rosół, potem mleko i t. p.; chorzy nie mogą dostawać posiłków równocześnie, potrawy przychodzą na oddziały przygrzewane, więc niesmaczne, trzeba je zaczynać wydawać już o dziesiątej(!) rano, aby chorzy mogli przygrzewany posiłek południowy zacząć jeść o 11 lub 11½. Te stosunki oczywiście od owego czasu musiały się pogorszyć w miarę coraz większego przyrostu liczby chorych w szpitalu i zużywania się urządzeń kuchennych. Nie lepiej stoją rzeczy co do pralni. Ciasnota, wielkie zniszczenie maszyn, niedostateczna ich liczba, wszystko to sprawia, że pomimo ciągłego dokupywania szpital ma ilość bielizny niedostateczną, ba nawet podobno coraz bardziej niedostateczną, bo bielizna w tych warunkach prawie odrazu w praniu się niszczy, a wszystkie wydatki na nową bieliznę idą w obecnych warunkach na marne. To też nic dziwnego, że Wydział krajowy zamierza podjąć rekonstrukcyę kuchni i pralni już w pierwszym okresie zamierzonych inwestycyi. Sprawa nie cierpi dłuższej zwłoki choćby z tego względu, aby raz położyć kres najfatalniejszemu, w stosunkach kuchennych źródło swe mającemu, porządkowi dnia szpitalnego. Obecnie bowiem śniadanie musi być rozdawane o 8 rano, obiad o 11—11½, podwieczorek (wieczerza) o 5 po południu, poczem chorzy nic już nie dostają do jedzenia. Toteż wieczorem wielu z nich odczuwa głód; zdarza się, że chorzy zrywają się w nocy, kradną sobie wzajemnie chleb i t. p. Cały ten nieodpowiedni podział dnia i pory posiłków będą się mogły zmienić dopiero po należytem powiększeniu urządzeń kuchennych, obecnie przeszło dwukrotnie przeciążonych. Oczywiście nie są mi znane szczegóły tej rekonstrukcyi. Jeżeliby jednak miała ona polegać tylko na przebudowie obecnego pawilonu kuchennego i jego urządzeń, to byłby to środek, zdaje mi się, tylko paliatywny i wydatek w znacznej części stracony. Trudno bowiem w budynku, obliczonym na połowę ledwo teraźniejszego zapotrzebowania, uzyskać nawet zapomocą jakichś przybudówek naprawdę dogodny i celowy rozkład ubikacyi; oprócz tego budynek ten stoi na drodze między pawilonem przyjęć i oddziałami wewnętrznymi, a innymi oddziałami. Po rekonstrukcyi szpitala stałby budynek taksamo na drodze między przerobionym z klasztoru gmachem administracyjnym z salami przyjęć, a pawilonami wewnętrznymi i prędzej czy później musianoby kuchnię z niego usunąć, przenosząc ją na właściwsze, jak mi się zdaje, miejsce, w samym środku szpitala, tam mniejwięcej, gdzie dziś znajduje się obejście ogrodnicze. Praktyczniejsze i — jeżeli ma się na oku nietylko najbliższą przyszłość — w całości tańsze byłoby wybudować odrazu nowy pawilon kuchenny, pralnie i t. p., a dopóki to nie nastąpi, tylko prowizoryczne usunięcie najdolegliwszych braków obecnego urządzenia kuchennego. Należy się liczyć także z koniecznością urządzenia centrali dla wody ciepłej, dla wyjaławiania wody, ewentualnie nawet dla wyjaławiania opatrunków, dalej dla ogrzewania całego szpitala, względnie nowych budynków i dla wytwarzania elektryczności. Te wszystkie instalacye najkorzystniej byłoby skupić razem z instalacyami dla pralni i kuchni, już więc z tego względu najlepszy byłby odrazu nowy budynek na wszystko, a zanim on stanie, tylko tymczasowe poprawienie dzisiejszej kuchni i pralni.

W programie najpilniejszych uzupełnień szpitala św. Łazarza przybyła w ostatnim roku pozycya na czas nieprzewidywana, a wysuwająca się dziś niemal na naczelne miejsce. Jest nią sprawa oddziałów dla dzieci. Dopóki bowiem zdawało się, że pertraktacye z Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci, utrzymującem dotychczas szpital św. Ludwika, doprowadzą do jakiegoś pomyślnego wyniku, do objęcia tego szpitala w tej czy innej formie przez kraj, dopóty sprawa ta pozostawała na drugim planie i nie zdawała się pilną. Tymczasem jednakże układy rozbiły się zupełnie, Towarzystwo, wypowiedziawszy dotychczasowy kontrakt z krajem, szpital z końcem r. b. zupełnie zwija, a więc już za dziesięć miesięcy Kraków pozostałby zgoła bez szpitala dla dzieci. Niepodobna przypuścić, aby do tego doszło, aby u nas znikła placówka pedyatryi wtedy właśnie, gdy nawet w tak ciężkich warunkach, jakie są w Królestwie, powiodło się usiłowaniom naszych lekarzy, wspartym przez hojnych ofiarodawców, stworzyć tam kilka wzorowych szpitali dziecięcych. Dla wykształcenia lekarzy, których wychowują szpitale krajowe w Galicyi, niezbędny jest osobny zakład dla chorób dziecięcych, stanowiący pewną jednolitą całość. Również i dla chorych dzieci ze względu na opiekę fizyczną i moralną zakład osobny jest konieczny, a proste względy humanitarne nie dozwalają na to, aby dzieci według rodzaju choroby znajdować się miały na rozmaitych oddziałach szpitala wspólnie z dorosłymi. Niepodobieństwo tego najwybitniej widać z jednego przykładu: pomieszczenia dzieci na oddziale skórno-wenerycznym. Sytuacya, która się obecnie wytworzyła, jest wprost fatalna, bo wobec blizkiego terminu zwinięcia szpitala św. Ludwika jest fizyczną niemożliwością zbudować i urządzić, a ze względów higienicznych byłoby wprost niedozwolonem zaludnić nowe pawilony dziecięce w szpitalu św. Łazarza już z Nowym Rokiem 1914. Z góry już więc przygotować się trzeba na jakieś prowizoryum, niekorzystne i pod względem lekarsko-higienicznym i pod względem administracyjno-finansowym, jeśliby oddziały dziecięce tymczasowo pomieszczono w jakimś lokalu wynajętym, — a jeszcze niekorzystniejsze, jeśliby dzieci rozdzielono pomiędzy obecnie istniejące oddziały dla chorych dorosłych, gdzie na to nawet miejsca niema, lub pomieszczono w tymczasowych barakach, których ogrzanie w zimie może być bardzo problematyczne. Jakiekolwiek będzie to prowizoryum, będzie zawsze złe i powinno trwać jak najkrócej, a budowa zakładu pedyatrycznego w szpitalu ze wszystkimi potrzebnymi oddziałkami powinna być bezzwłocznie uplanowana i rozpoczęta.

Przechodząc do drugiego największego działu szpitala, trzeba — pomimo całego uznania za całkowite zmodernizowanie i rozszerzenie oddziału chirurgicznego — stwierdzić, że oddział ten jest za mały. Już teraz dla pomieszczenia chorych w okresach większego ich napływu konieczny byłby drugi pawilon. Koszt jego nie byłby nawet tak znaczny, bo obecne urządzenia operacyjne wystarczą na większą liczbę chorych, tak, że ów drugi pawilon, zawierający same sale chorych, byłby tańszy o całą poważną sumę, jakiej wymaga budowa i urządzenie sal operacyjnych. Jeszcze oszczędniej możnaby sprawę tę rozwiązać przez adaptacyę na cele oddziału chirurgicznego obecnego pawilonu dla obłąkanych. Myśl ta nasuwa się sama ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo obu budynków, jak również ze względu na to, że hałaśliwy oddział umysłowo chorych, całymi dniami wykrzykujących, śpiewających i t. p., powinienby być odsunięty od innych oddziałów, a wreszcie i ze względu na to, że obecny pawilon dla obłąkanych, zbudowany starym systemem, nie nadaje się do swego celu i przy przekształceniu tego oddziału na stacyę obserwacyjną należałoby umieścić go w nowym, współczesnym pojęciom odpowiadającym budynku.

Oprócz tego wzrastający ruch chirurgiczny w szpitalu krakowskim nasuwa uwagę, że w niedalekiej przyszłości trzeba będzie otworzyć drugi oddział chirurgiczny, gdyż jedyny oddział dotychczasowy nie będzie mógł długo pokonać nawału pracy i pomieścić zwiększonej liczby chorych.

Przy sposobności należy podnieść postulat pierwszorzędnej wagi i dla oddziału chirurgicznego, i dla naszego szpitalnictwa wogóle. Jest nim konieczność urządzenia w (większych) szpitalach mechanoterapii i ortopedyi. Mnóstwo przypadków urazowych wychodzi wprawdzie ze szpitali doskonale wyleczonych w znaczeniu anatomicznem, ale stosunkowo bardzo niewiele wyleczonych w znaczeniu czynnościowem. Przyczyną tego jest, że z braku stosownych przyrządów zgoła nie można przeprowadzić należytego doleczania (Nachbehandlung) takich przypadków. Wynikiem tego jest, że wielu leczonych nie odzyskuje pełnej sprawności fizycznej, pełnej zdolności do pracy i potem stanowi ciężar dla kraju i społeczeństwa, jako kaleki. Podobnież wielkie wprost ekonomiczne znaczenie ma leczenie ortopedyczne, ratujące od kalectwa całe szeregi dzieci, (które już w roku przyszłym wszak znajdą się w szpitalu św. Łazarza).

Powracając do budowli, które powinny być podjęte już w pierwszym okresie inwestycyjnym, wystarczy o oddziale położniczym przypomnieć to jedno, że już przed laty czternastu czy pietnastu, mimo że o szerszej akcyi w szpitalnictwie ani marzyć nie było można, ten oddział uznany został przecież za zupełnie niemożebnie pomieszczony i postanowiono budowę nowego pawilonu. Ta budowa ugrzęzła między Scyllą krajową, a Charybdą rządową aż do dzisiaj. Wobec powszechnie od roku już znanego postanowienia rządu, że kliniki położniczej wspólnie z oddziałem szpitalnym i szkołą położnych stawiać się nie będzie, znikła najważniejsza trudność w tej sprawie, a kraj, mając ręce rozwiązane, może i powinien tej budowy dłużej już nie odwlekać.

Do tej grupy pilnych postulatów należy dalej trudne

zagadnienie pawilonów zakaźnych. Dzisiejszy pawilon, niegdyś, na swój czas, będący poważną zdobyczą, stanął odrazu w miejscu nieodpowiedniem, dziś leżącem znacznie pod poziomem otwieranej właśnie na wysokim nasypie przyległej ulicy, a przytem odrazu był zakrojony na zbyt małe rozmiary. Wskutek tego na 28 łóżkach etatowych leży obecnie często do 50, czasem nawet do 60 chorych. Rocznie przez szczuplutki ten oddzialik przesuwa się ogromna liczba przypadków (do 530), a z powodu braku dostatecznej liczby osobnych sal niekiedy chorzy na różne choroby zakaźne muszą być pomieszczani w jednej sali obok siebie! Oprócz tego dziś nie odpowiada już ten oddział wcale współczesnym wymaganiom i tworzy rażący kontrast z nowootwartym zakładem zakaźnym we Lwowie. Szpital krakowski, mając tesame zadania, co lwowski, niewiele od niego przytem mniejszy, musi rozporządzać takimże obszernym nowoczesnym zakładem zakaźnym. To wszystko nie ulega wątpliwości. Trudność zaczyna się dopiero przy wyznaczeniu miejsca na ten zakład, i tu słyszałem zdania bardzo rozbieżne. Przeciwko budowie zakładu zakaźnego na terytoryum dzisiejszego szpitala przytaczano potrzebę odsunięcia tego zakładu od innych zakładów leczniczych i od środka miasta, którego szpital dzisiejszy jest blizko; podnoszono dalej, że na kilka pawilonów, z jakich powinien się taki zakład składać, trudno już będzie w sąsiedztwie dzisiejszego szpitala o miejsce; w końcu, że byłoby także rzeczą korzystną skupienie w jednem miejscu wszystkiego, co z chorobami zakaźnemi jest w związku, a więc budowa krajowego zakładu zakaźnego w pobliżu miejskich zakładów sanitarnych, t. j. domów izolacyjnych, zakładu dezynfekcyjnego i pracowni bakteryologicznej, na gruncie, który miasto krajowi w tym celu już ofiarowało. Za budową w sąsiedztwie dzisiejszego szpitala argumentowano w ten sposób, że w takim razie nie będzie potrzeba osobnego aparatu administracyjnego, że dalej nie będzie potrzeba częstego przewożenia z miasta do zakładu chorych zakaźnych, którzy tak czy tak, zawsze w znacznej liczbie zgłaszać się będą naprzód tam, gdzie publiczność przywykła, t. j. do starego szpitala św. Łazarza; następnie wskazywano na częste zagranicą nawet w najnowszych szpitalach przyłączanie do nich wielkich zakładów zakaźnych, obsługiwanych przez wspólną instalacyę kuchenną, pralnię i t. p., na to, że zakład zakaźny często potrzebuje pomocy innych oddziałów szpitalnych, że naodwrót w samym szpitalu potrzebaby w każdym razie osobnego oddziału dla tych chorych zakaźnych, którzyby przypadkiem przybyli do starego szpitala św. Łazarza w stanie zbyt ciężkim, wyłączającym dalszy transport, lub wymagającym niezwłocznej pomocy (intubacya, tracheotomia w krupie i t. p.). Niewiem, które ze zdań tych przeważy. W każdym razie, wobec nadzwyczaj pilnej potrzeby zakładu dla chorób zakaźnych, należałoby, jak sądzę, sporną sprawę miejsca jaknajrychlej rozstrzygnąć. W tym celu trzebaby ją wszechstronnie wyświetlić, zapomocą niezwłocznej ustnej konferencyi wszystkich powołanych czynników, a więc przedstawicieli kraju, lekarzy szpitalnych, miasta i rządu (ze względu na usługi, jakie zakład zakaźny spełnia w zwalczaniu epidemii w samem mieście i w sąsiadujących z niem powiatach). Rzeczowa dyskusya na takiej ankiecie najłatwiej doprowadzi do racyonalnego rozwiązania tego zagadnienia, gdyż najłatwiej sprowadzi różnice zdań do wspólnego mianownika pod hasłem naczelnem dobra chorych.

Łączy się z tem sprawa pawilonu dla chorych na gruźlicę. Wszak chorych takich należałoby co do potrzebnych ostrożności postawić na równi z innymi chorymi zakaźnymi, o ile chodzi o gruźlicę otwartą. O ile zaś chodzi o wczesne okresy choroby, w których można osiągnąć poprawę, to chociaż nawet w szpitalach, niekorzystnie w mieście położonych, można zdziałać w tym względzie dużo, niemniej jednak korzystniej i taniej wypadłoby, mojem zdaniem, leczenie takich chorych w pawilonie zamiejskim, w otoczeniu dużej wolnej przestrzeni.

Cały ten szereg postulatów domaga się załatwienia wprost tak nagląco, że na te cele powinnyby być obrócone pierwsze środki, jakimi kraj na inwestycye w zakresie szpitalnictwa rozporządzać będzie i że początek tych inwestycyi powinienby przypaść jeszcze na rok bieżący.

W bardzo złych warunkach jest obecnie pomieszczony także oddział kiłowo-skórny, a jeżeli o nim tu dopiero wspominam, to nie dlatego, żebym uważał sprawę tę za mniej pilną, lecz tylko dlatego, że na początku zająłem się głównie tą częścią rekonstrukcyi, do której już są podobno przygotowane plany, która przeto mogłaby się zacząć niezwłocznie. Rozwiązaniem sprawy tego oddziału mogą być tylko zupełnie nowe budynki, taksamo, jak i dla oddziału obserwacyjnego, na który po otwarciu zakładu w Kobierzynie ma się przekształcić obecny oddział dla umysłowo-chorych. Pomieszczenie obecne pierwszego z tych oddziałów pozostałoby mimo wszelkich adaptacyi zawsze nieodpowiednie, budynek, w którym teraz mieści się drugi z tych oddziałów, nie odpowiada dziś, jak wspomniano, celowi, a byłby bardzo przydatny na rozszerzenie oddziału chirurgicznego. Skrzydło po oddziale kiłowoweneryczným potrzebne będzie na cele administracyjne, mieszkania służby, magazyny; przypuściwszy zaś nawet, że wszystko to zmieściłoby się we właściwym budynku poklasztornym, to zawsze jeszcze potrzebować będą pomieszczenia oddział okulistyczny, obecnie usamodzielniony i kierowany przez osobnego prymaryusza, a wciśnięty »kątem« w kilka pokoików w dzisiejszym pawilonie administracyjnym, oraz oddział laryngologiczno-rynologiczny, który po zburzeniu obecnego swego budynku z powodu otwarcia w tem miejscu ulicy publicznej, znajdzie się bez dachu. Te tedy oddziały mogłyby zająć sale po oddziale skórnym. Ale zdaje mi się, że skrzydło po oddziale kiłowoskórnym zaledwo wystarczy na cele administracyjne i że wobec tego oddział okulistyczny i laryngologiczny muszą także otrzymać nowe budynki. Wszak już dziś oddział okulistyczny dla braku miejsca nie przyjmuje około 30% chorych, koniecznie potrzebujących leczenia szpitalnego.

Na dalszym planie postawić dopiero można dwie sprawy, których załatwienie miałoby pewne znaczenie ekonomiczne. Jedną z nich jest stworzenie osobnego, należycie urządzonego pawilonu dla chorych płacących, mających środki pieniężne skromne, a potrzebujących koniecznie leczenia zakładowego. Warstwy średnio zamożne są obecnie w takich przypadkach u nas w położeniu fatalnem; prywatne sanatorya są dla nich zbyt kosztowne, w domu, przy rosnącej drożyźnie i ciasnocie mieszkań, jest obecność takiego chorego dla niego i dla rodziny często klęską tem większą, że i opieki umiejętnej tam niema, do szpitala wreszcie, na »klasę«, niekażdy odważy się udać, wobec blizkiego sąsiedztwa sal ogólnych z niekulturalnymi ich mieszkańcami, wobec braku większej wygody i jako tako estetycznego otoczenia, wobec wreszcie tej okoliczności, że nie mogąc opłacić od siebie wprost lekarza szpitalnego, większość chorych odczuwać będzie (pewno niesłusznie, ale liczmy się z psychologią chorych) brak specyalnie sobie poświęconej opieki lekarskiej. Dlaczegóżby nie miał istnieć w szpitalu osobny pawi-

lon, na wzór niemieckich »Zahlstöcke«, gdzieby lekarze — szpitalni, czy też dochodzący, według życzenia chorego, — mogli od chorych otrzymywać honoraryum (choćby nawet przez pośrednictwo kasy szpitalnej), gdzieby znaleźli miejsce chorzy, nie dość zasobni na sanatoryum prywatne, a nie mogący się obejść bez leczenia zakładowego i skąd także fundusze szpitalne zyskałyby pewien dochód? Pawilon taki nie byłby zbyt kosztowny, bo zawierałby tylko same pokoje dla chorych; do operacyi itp. służyłyby dla tych chorych urządzenia już istniejące w odpowiednich pawilonach. (W tym pawilonie znalazłby się może kącik i dla chorych lekarzy, — umieszczanych dotychczas na klasie drugiej, a więc na wspólnej salce, oddzielanych od innych chorych tylko... parawanem. Rzecz jest tem przykrzejsza, że przyznając chorym lekarzom pomocniczym tylko klasę drugą, zamiast pierwszej, oszczędza kraj, wobec rzadkości takich przypadków, może... kilkadziesiąt koron rocznie).

Drugą sprawą podobną jest pawilon dla ozdrowieńców. Nietylko chodzi tu o to, aby stworzyć miejsce dla tych, którzy obecnie nieraz przedwcześnie muszą być ze szpitala wydalani z powodu przepełnienia, ale także o to, aby powracających do zdrowia uchronić od przykrego i deprymującego widoku ciężko chorych sąsiadów i aby lekarzom ułatwić zadanie przez pewne uporządkowanie zastępu chorych na salach. Przy oddzieleniu rekonwalescentów da się, jak przypuszczam, osiągnąć także obniżenie kosztów ich utrzymania, i to jest wzgląd podobny do tego, jaki przemawia za stworzeniem pawilonu dla chorych płacących. Oczywiście stworzenie jednego i drugiego pociągnie za sobą większe jednorazowe nakłady; będą to jednak, jak mi się zdaje, nakłady inwestycyjne nawet w kupieckiem poprostu znaczeniu, które nie na szerokiem polu gospodarki społecznej, ale nawet w ciasnych granicach rachunkowości szpitalnej szybko się zamortyzują i opłacać zaczną.

Cel pawilonu dla rekonwalescentów dałby się najłatwiej osiągnąć przez wysunięcie go poza miasto, zanurzenie w świeżem powietrzu polnem. Pawilon taki możnaby pomieścić na terenie, upatrzonym na przyszły drugi szpital. Taka ekspozytura obecnego szpitala wzrastałaby potem naturalnym biegiem rzeczy, przez przybywanie dalszych pawilonów, któreby już nie ozdrowieńców, ale chorych mieściły; łatwo bowiem przepowiedzieć, że za lat kilkanaście lub dwadzieścia kilka dla nadmiaru chorych nie będzie już nawet w nowych dzisiaj pawilonach miejsca, ani miejsca na dalsze pawilony na obecnem, choćby nawet powiększonem terytoryum szpitalnem. Ale też i dla takich filialnych pawilonów, urastających na nowym terenie zwolna w drugi szpital, trzebaby, jak mniemam, z góry ustalić plan generalny. Program na najbliższą przyszłość nie wyczerpuje zadania, a spojrzenie na dalszą metę nie będzie zbyteczne.

Należałoby też pomyśleć kiedyś o osobnym stosownym budynku na szpitalną pracownię serologiczną i bakteryologiczną.

Wreszcie koniecznością jest pomieszczenie z czasem wszystkich lekarzy pomocniczych i całej służby w odpowiednich, higienicznych mieszkaniach w samym szpitalu, ile możności na odpowiednim oddziale lub w bezpośredniem jego pobliżu. Bez tego nie może oczywiście być mowy o dostatecznej opiece na wszystkich oddziałach, chociaż na wszystkich zajść mogą nagłe groźne powikłania, wymagające natychmiastowych poważnych interwencyi. Ten postulat miałem sposobność niejednokrotnie już poruszać.

Na zakończenie jedna uwaga, tym razem dotycząca nietylko krakowskiego, ale wogóle wszystkich większych szpitali w kraju. Wobec nieuniknionego ich dalszego wzrostu byłoby bardzo pożądane jaknajwiększe zużytkowanie fachowej pracy lekarskiej na odpowiedniem polu. W przeciwnym razie trzebaby personal lekarski nieproporcyonalnie szybko zwiększać. Daleko od tego oszczędniejsze i zarówno dla szpitali, jak dla lekarzy szpitalnych korzystniejsze byłoby odjęcie lekarzom agend czysto administracyjnych (raporty statystyczne, dzienne, prowadzenie wykazu chorych, przepisywanie na czysto ułożonej już relewy, załatwianie tych mnogich korespondencyi, które idą według utartego szablonu i t. p.) i oddanie ich w ręce urzędników manipulacyjnych. Lekarze pozbyliby się przez to ciężaru, który ze szkodą pracy ściśle lekarskiej zabiera im mnóstwo czasu, a który ponoszą — rzecz prosta — niechętnie. Fundusze krajowe zyskałyby, przez załatwienie tych rzeczy tańszym kosztem, bo czas lekarza, mającego studya wyższe, musi być opłacany drożej, niż czas zwykłego pisarza. Administracya z pewnością takżeby na tem nie straciła, gdyby te czynności, stanowiące dla lekarzy niemiły balast, załatwiane były przez ludzi, w takiej właśnie robocie wyspecyalizowanych i zamiłowanych, a przez to wykonujących ją umiejętniej i dokładniej. O tej rzeczy zresztą niepodobna szczegółowo się rozwodzić, bo trzebaby wtedy poruszyć wogóle całe podstawy, na których opiera się organizacya naszych wielkich szpitali, a więc statuty i instrukcye, pochodzące z przed pół wieku (1860 do 1870), rzecz prosta oddawna mocno przestarzałe i koniecznie wymagające bądź zmiany, bądź uzupełnienia.

O tem, czy wobec ogromnego rozrostu szpitalnictwa krajowego, wobec dojścia rubryki sanitarnej budżetu autonomicznego do siedmiu milionów rocznie, nie byłaby potrzebna także reorganizacya i znaczne pomnożenie sił fachowych lekarskich w biurach zarządu szpitalnictwa, dziś zbyt przeważnie prawniczych, pisałem już niejednokrotnie na tem miejscu w latach poprzednich. A jeszcze, zanimby to nastąpiło, może nie bez pożytku byłoby urządzanie niekiedy, np. raz w roku, konferencyi w programowych sprawach szpitalnictwa z udziałem lekarzy szpitalnych z Krakowa, Lwowa i z prowincyi.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Park Jordana, założony 26 marca 1888, dobiega dwudziestu pięciu lat istnienia. Z tego powodu lwowski miesięcznik »Muzeum« (w zeszycie listopadowym) i krakowski dziennik »Czas« (w d. 16 b. m.) podniosły, że Rada miejska krakowska powinna rocznicę tę upamiętnić przez rozszerzenie parku i zażenie dalszych parków Jordanowskich w innych częściach miasta. »Czas« przypomniał zarazem, że Kraków nie spłacił dotąd długu wdzięczności wobec pamięci Henryka Jordana i nie zdobył się na pomnik, lub choćby tablicę pamiątkową, na co po śmierci Jordana poczęto zbierać składki. Miejmy nadzieję, że wobec tych głosów prasy spełni miasto swój obowiązek względem pamięci Twórcy parku i względem przekazanej przez Niego idei.

— Nowo zawiązane »Towarzystwo opieki nad młodzieżą szkolną w Krakowie« rozpoczęło swą działalność rozdawaniem śniadań w kilku szkołach. Uproszone panie rozdają dzieciom niezamożnym rano mleko i bułki. Towarzystwo w przyszłości zajmie się dostarczaniem niezamożnym dzieciom tornistrów, okularów, przyrządów ortopedycznych i t. p. X.

— Lekarze szkolni w Krakowie miewać będą w szkołach ludowych i wydziałowych stale wykłady popularne z dziedziny higieny.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Gąsiorowski z Krakowa i Stanisław Orlewicz z Warszawy.

— Dr Walery Momidłowski, st. lekarz powiatowy z Tarnobrzega, przeniesiony został do Krakowa na stanowisko po ś. p. Dr Bielańskim.

— W Szczawnicy rozpoczyna się na dwumorgowym terenie, ofiarowanym przez A. hr. Stadnickiego, budowa Sanatoryum nauczycielskiego dla piersiowo chorych, na które zebrano z loteryi 25.000 kor. i uzyskano z państwowego funduszu przeciwgruźliczego 3000 kor.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. III. do 15. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych 3 † —), krztuśca

—, ospy wietrznej 7, płonicy 11 † 1 (1 † —), odry 1, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 2 † 1 (— † 1), kuru 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Z inicyatywy Dr J. Zawadzkiego założony zostanie wspóldzielczy skład dla sprzedaży narzędzi lekarskich i opatrunków.

— Zarząd Pogotowia ratunkowego w Warszawie zakłada dla lekarzy Pogotowia kasę przezorności (emerytalną).

— Polski Komitet badania i zwalczania raka ogłasza niniejszem konkurs na oryginalną pracę naukową na temat: »O sposobach wczesnego rozpoznawania raka« (wogóle lub też danego poszczególnego narządu). Warunki konkursu są następujące: 1) Za pracę, uznaną przez sąd konkursowy za najlepszą i kwalifikującą się do nagrody, udziela się premium w sumie rb. 300. 2) Praca powinna być napisana w języku polskim i opatrzona godłem. 3) Nazwisko i adres autora powinny być dołączone w zapieczętowanej kopercie z godłem. 4) Praca nagrodzona, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich. 5) Termin ostateczny nadsyłania prac oznacza się na 1. października 1914. 9) Wynik konkursu ogłoszony będzie w przeciągu 3 miesięcy, a po ogłoszeniu bezzwłocznie nagroda będzie wypłacona. 7) Sąd konkursowy składa się z następujących lekarzy: Prof. Ciechanowski z Krakowa, Prof. Gluziński ze Lwowa, oraz J. Jaworski, F. Kijewski, M. Rejchman i Serkowski z Warszawy. 8) Prace konkursowe nadsyłać należy do Komitetu badania i zwalczania raka, Warszawskie Tow. higieniczne, Krakowskie Przedmieście Nr 66.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 10. III. do 17. III. 1913 przypadków: ospy 1 † 1, płonicy 2 † —, duru wysypkowego 4 † —, róży —, odry 1 † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Najbliższy niemiecki Zjazd dermatologiczny odbędzie się w Wiedniu 19 i 20 września, bezpośrednio przed Zjazdem niem. lekarzy i przyrodników. (Wykłady, któreby na Zjeździe dermatologów nie mogły dojść do skutku, można będzie wygłosić w Sekcyi dermatologicznej Zjazdu lek. i przyr.). Wyjaśnień udziela Prof. Dr Ehrmann, Wien IX. Kolingasse 9. (lub Prof. Dr Neisser, Wrocław).

— Austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie, regulujące sprawę dozorców chorych, mianowicie ich wykształcenie i egzamina kwalifikacyjne.

— W Meranie stanąć ma »Dom polski« dla młodzieży, potrzebującej leczenia w tej miejscowości.

— Kuratorya austryackiego funduszu przeciwgruźliczego udzieliła za r. 1912 6000 kor. subwencyi galicyjskiemu Towarzystwu walki z gruźlicą, a 3000 kor. Związkowi nauczycielskiemu »Ognisko« we Lwowie.

— Rząd krajowy Ślązka austr. ogłasza konkurs na posady koncepisty i asystenta sanitarnego z terminem podań do 26. marca b. r.

Mianowani: fizyolog prof. Franz Hofmann z Pragi profesorem w Królewcu.

Zmarli: dermatolog prof. E. Schiff w Wiedniu, patolog prof. Pertik w Peszcie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.